LEÇONS DE MÉDECINE LÉGALE,

PAR M. ORFILA,

Professeur de Chimie médicale à la Faculté de Médecine de Paris, Professeur de Médecine légale à l'ancienne Faculté de la même ville, Médecin par quartier de S. M., Membre titulaire de l'Académie royale de Médecine, Membre correspondant de l'Institut de France, de l'Université de Dublin, de Philadelphie, des Académies de Madrid, de Barcelonne, de Murcie, des îles Baléares, de Livourne, d'Amiens, d'Évreux, etc.

TOME PREMIER.

Première Partie.

OUVRAGE ORNÉ DE VINGT-DEUX PLANCHES, DONT SEPT COLORIÉES.





A PARIS,

CHEZ BÉCHET JEUNE,

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE, place de l'École de Médecine, n° 4.

1823.

TABLE

DES ARTICLES.

SECONDE PARTIE.

FIN DE LA TABLE DES ARTICLES.

LEÇONS

DE

MÉDECINE LÉGALE.

PREMIÈRE LEÇON.

On a désigné sous le nom de *médecine politique*, la science qui a pour objet l'application des principes de la médecine aux lois concernant la salubrité publique et l'administration de la justice. Cette science a été divisée en deux branches, la *police médicale (médecine légale policiale, hygiène publique)*, et la *médecine légale justiciale* : la première embrasse tout ce qui tend à conserver la santé publique, à favoriser la vigueur de la population, à assurer l'existence et la liberté des citoyens; l'examen de l'air, des eaux et des lieux, des comestibles, des boissons, des habitations, des prisons, des épidémies, des épizooties, des états, des professions, etc., appartient évidemment à cette partie de la médecine politique. La *médecine légale justiciale*, dont nous devons traiter ici exclusivement, s'occupe des causes portées devant les tribunaux et les cours de justice. Elle a été définie mal à propos, *l'art de faire des rapports en justice*, comme si l'examen approfondi des questions pour lesquelles on est con-

sulté, n'appartenait pas aussi bien à cette science, que la rédaction des actes dans lesquels sont énoncées les opinions que fait naître cet examen. Suivant M. Fodéré et Mahon, la médecine légale est *l'art d'appliquer les connaissances et les préceptes des diverses branches principales et accessoires de la médecine à la composition des lois et aux diverses questions de droit, pour les éclaircir ou les interpréter convenablement.* A cette définition, que l'on pourrait adopter sans inconvénient, nous en substituerons une autre, qui nous paraît plus exacte : la médecine légale justiciale est *l'ensemble systématique de toutes les connaissances physiques et médicales qui peuvent diriger les différens ordres de magistrats dans l'application et dans la composition des lois.* (*Prunelle*, Discours prononcé à la Faculté de Montpellier, en 1814.)

Est-il indifférent de désigner la médecine légale, avec quelques auteurs, sous les dénominations de *médecine du barreau*, de *médecine des tribunaux*, et de *jurisprudence médicale?* On ne saurait répondre affirmativement à cette question, sans méconnaître le but de la science qui doit faire l'objet de ce cours ; en effet, ces dénominations sont vicieuses ; la première et la seconde parce qu'elles semblent enlever à la médecine légale toutes les questions qui sont de la compétence de l'administration civile et des autorités militaire et ecclésiastique ; tandis que la dernière n'exprime qu'une branche de la *jurisprudence* proprement dite, savoir : la partie qui a pour objet la collection des lois, dont le magistrat ne pourrait faire une application rigoureuse, sans l'avis des gens de l'art.

Nous blâmerons également les dénominations de *médecin légiste*, *d'expert*, etc., que l'on donne journellement aux médecins appelés à résoudre des problèmes de médecine légale. Pourquoi leur accorder d'autre titre que celui de médecin, puisque, comme les praticiens, ils se bornent à faire l'application des connaissances médicales à des cas particuliers? L'épithète de *légiste* ne leur conviendrait qu'autant qu'ils concourraient à la formation de nouvelles lois, ou à la révision de celles qui sont en vigueur : dans tout autre cas elle est évidemment inutile et déplacée.

La définition que nous avons donnée de la médecine légale, nous dispense de faire connaître en détail quelles sont les sciences dont l'étude doit avoir précédé celle qui va nous occuper; toutes les connaissances physiques et médicales, avons-nous dit, pourront être mises à contribution, et l'on ne tardera pas à s'apercevoir qu'il ne s'agit pas simplement de notions superficielles sur chacune de ces sciences, mais bien des détails les plus minutieux, et par conséquent les plus difficiles. Est-il question de donner son avis sur une hémorragie qui a été promptement mortelle, il faudra désigner au juste la branche ou le rameau de l'artère qui ont été ouverts. Cherche-t-on à connaître la cause de la paralysie d'un ou de plusieurs muscles à la suite de la piqûre d'un nerf, le nom de celui-ci devra être soigneusement indiqué. S'agit-il d'un empoisonnement par une substance minérale, les recherches ne seront complètes qu'autant que l'on aura déterminé, par des expériences souvent délicates, que le poison existe ou n'existe pas dans les alimens ou

dans les boissons dont on avait fait usage, dans les matières vomies ou dans les tissus du canal digestif.

Il suffit de réfléchir un instant sur la variété des questions qui sont du ressort de la médecine légale, pour s'apercevoir combien il est difficile d'établir une classification réellement utile ; les faits dont se compose cette science sont tellement disparates, qu'il n'est guère possible de les rapprocher pour chercher à former des sections, et encore moins des classes ; aussi les auteurs classiques de médecine légale ont-ils suivi, dans l'exposition des matières, des routes différentes dont il suffit d'avoir une idée générale, et que nous nous garderons bien de faire connaître en détail. M. *Fodéré*, par exemple, divise la médecine légale en deux parties : la première qu'il appelle *mixte*, comprend la médecine légale applicable au civil, au criminel et à la police de santé ; la seconde a pour objet la médecine légale *criminelle* ; plusieurs chapitres, composés de sections, forment la matière de chacune de ces parties. *Mahon*, sans admettre de division préalable, après avoir traité des généralités, parle de l'impuissance, du congrès, de la castration, des hermaphrodites, de la défloration, du viol, de la sodomie, de la grossesse, des naissances tardives, du part illégitime, de l'avortement, de l'état douteux de l'esprit et du corps, de la démence, des maladies simulées et dissimulées, des blessures, de la mort, de l'empoisonnement, de l'infanticide, des noyés, des pendus, et des rapports. M. *Prunelle* établit quatre sections : la *première*, sous le titre d'*examen des corps vivans*, renferme : 1° l'histoire des âges et de leurs priviléges ; 2° la détermina-

tion des sexes, l'hermaphroditisme; 3° la virginité et la défloration, le viol dans l'un et dans l'autre sexe; 4° l'impuissance conjugale; 5° la grossesse simulée ou dissimulée, l'accouchement, les naissances prématurées et les naissances tardives, la supposition de part, la viabilité des enfans, la superfétation, les monstres; 6° les maladies douteuses, les maladies feintes, les maladies dissimulées, les maladies imputées, les exoines ecclésiastiques, civiles et militaires; 7° l'état des facultés morales; 8° les blessures et leur gravité respective. La *seconde* section a pour objet l'*examen des cadavres*, et contient : 1° la mort par blessures; 2° la mort par suffocation; 3° la mort par suicide; 4° la mort par empoisonnement; 5° l'avortement, l'infanticide. La *troisième* section est relative à l'*examen des corps qui n'ont point eu vie*, tels que les substances qui peuvent être administrées dans une intention criminelle, les corps vulnérans, et les boissons frelatées. On trouve enfin dans la *quatrième* section tout ce qui concerne l'*exercice de la médecine*, comme le salaire dû aux gens de l'art, et les fautes qu'ils peuvent commettre. (Discours déjà cité page 54.)

Adoptant, sous ce rapport, les idées de Mahon, qui décrit les objets sans les classer, nous attacherons fort peu d'importance à faire ressortir les avantages et les vices des distributions précédentes; tous nos efforts seront dirigés vers la solution complète des diverses questions, quelle que soit la place qu'elles occupent dans ce cours.

Voici la marche que nous nous proposons de suivre. Après avoir indiqué d'une manière générale les règles

qui doivent servir de base à la rédaction des *rapports*, des *certificats* et des *consultations médico-légales*, ainsi que les parties qui composent chacun de ces actes, nous traiterons successivement des âges dans les diverses périodes de la vie, de l'identité, de la défloration, du viol, du mariage, de la grossesse, de l'accouchement, des naissances tardives et précoces, de la superfétation, de l'infanticide, de l'avortement, de l'exposition, de la substitution, de la supression et de la supposition de part, de la viabilité du fœtus, de la paternité et de la maternité, des maladies simulées, dissimulées, imputées, des qualités intellectuelles et morales, de la mort, de la survie, de l'asphyxie, des blessures, et de l'empoisonnement.

Nous n'imiterons point les auteurs qui, avant d'entrer en matière, ont cru devoir faire l'histoire de la médecine légale, depuis son origine jusqu'à nos jours. Ce sujet, beaucoup trop vaste pour pouvoir être simplement esquissé, sera sans doute approfondi par le professeur de cette faculté chargé de l'histoire de la médecine; d'ailleurs ne peut-on pas établir d'une manière générale, que les progrès qu'a faits la médecine légale sont le résultat des découvertes qui ont enrichi toutes les sciences physiques et médicales, et que dès lors l'historique appartient à celles-ci plutôt qu'à la science dont nous nous occupons? Si l'on parvient aujourd'hui à résoudre beaucoup mieux qu'on ne le faisait autrefois les questions médico-légales relatives à l'empoisonnement, à l'infanticide, aux blessures, aux maladies simulées, etc., cela ne tient-il pas évidemment à ce que la chimie, la physique, l'histoire naturelle,

l'anatomie et la pathologie ont été perfectionnées et étudiées sous des rapports sous lesquels elles n'avaient pas encore été envisagées? (1)

(1) *Liste par ordre alphabétique des ouvrages ou des mémoires sur la médecine légale en général, ou sur quelques points de cette science.*

Alberti Systema jurisprudentiæ medicæ; Halæ, 1725 à 47. *Idem*, de funiculi umbilicalis neglecta alligatione; Halæ, 1731. — *Ambroise Paré* (OEuvres d') : sur plusieurs sujets. — *Ammanni*, Irenicum, Numæ Pompilii cum Hippocrate; Lips., 1698. *Idem*, Praxis vulnerum lethalium; Francof., 1701. — *Amoreux*, Notice des insectes réputés venimeux; Paris, 1789. — *Augenii* Epistolæ et Consult; Francof., 1597 : sur la Virginité.

Bartholinus, de pulmonum substantia et motu; Hafn., 1663. *Idem*, de insolitis partûs humani viis; Hafn., 1664. — *Barzelotti* Medicina legale; Pisa, 2 vol., 1819. — *Baumer*, Medicina forensis; Francof. et Lipsiæ, 1778. — *Bauzmann*, Wernünftiges urtheil von todtlichen wunden; Leipz., 1717 : sur la léthalité des blessures. — *Bebel*, Dissertatio de bis mortuis; Ienæ, 1672. — *Becker*, Paradoxum medico-légale de submersorum morte, etc.; Giessæ Hassorum, 1704. — *Behrens*, Medicus legalis; Helmst., 1698. — *Beier*, de eo quod justum est circa vulnera; Ienæ, 1701. — *Belloc*, Cours de Médecine légale, 2e édition; Paris, 1811. — *Bene*, Elementa medicinæ forensis; Boudæ, 1811. — *Berger*, Essai physiologique sur la cause de l'asphyxie par submersion; Paris, 15 thermidor an 13 : Dissertation inaugurale. — J. *Bernt*, Système de médecine légale; Vienne, 1818. *Idem*, Supplément à la médecine légale, 3 vol.; Vienne, 1820. — *Bertin*, Consultation sur une naissance tardive; Paris, 1763. — *Bertrand*, Manuel médico-légale des poisons ingérés, etc. 1817. — *Biessy*, Aperçu général, etc.; Lyon, 1810. *Idem*, Manuel pratique de la méde-cine légale; Lyon, 1821. — *Blegny*, la Doctrine des rapports

DEUXIÈME LEÇON.

Des Rapports, des Certificats et des Consultations médico-légales.

Législation relative à ces actes. Le procureur du roi se fera accompagner au besoin d'une ou de deux personnes, présumées, par leur art ou profession, capables d'apprécier la

---

en chirurgie; Lyon, 1684. — *Boehmer*, de legitima cadaveris occisi sectione; Halæ, 1747. — *Boerneri*, Institutiones medicinæ legalis; Vitel., 1756—*Bohn*, de vulnerum renunciatione; Lips., 1689. *Idem*, Dissertationes Medicinæ Forensis, 1690 à 1692. *Idem*, de officio medici duplici, clinici et forensis, 1704. — *Bouvart*, Consultation contre la légitimité des naissances prétendues tardives; 1765. *Idem*, Lettres pour servir de réponse à un écrit de M. Petit, sur le même sujet; Paris, 1769. — *Briand*, Manuel de Médecine légale; Paris, 1821. — *Brodie*, Further experiments on the action of poisons; *Philosophical Transactions*; 1812.—*Bruhier*, de l'Incertitude des signes de la mort; Paris, 1740.—*Budæi*, Miscellanea medico-chirurgica practica et forensis; Leips., 1732.—*Buechner*, de signis mortis prognosticis; Halæ, 1747. — *Bulliard*, Histoire des plantes vénéneuses de la France; Paris. — *Burrows*, sur les moules; Londres, 1815.

Camerarius, de venenorum indole; Tub., 1725. — *Camper*, Abh., von den kennzeichen des lebens und des todes bey neugebornen kundern; Franc., 1777 : sur l'infanticide. — *Capuron*, Médecine légale relative aux accouchemens; Paris, 1821. — Causes célèbres, par *Gayot de Pitaval*, par *Richer*, etc. — *Champeaux* et *Faissolle*, Expériences et observations sur la cause de la mort des noyés; Lyon, 1768. — *Chaussier*, Consultation médico-légale sur une accusation d'infanticide; Dijon, 1786. *Idem*, sur l'acide hydrosulfu-

nature et les circonstances du crime ou délit. (Code d'instruction criminelle, art. 43.)

---

rique; 1802. *Idem*, Observations chirurgico-légales; Dijon, 1790. *Idem*, Consultations médico-légales sur l'empoisonnement par le sublimé corrosif, l'arsenic, etc., 1811 et 1819. *Idem*, Discours prononcé à la Maternité, etc.; Paris, 1808. *Idem*, Tableaux synoptiques sur l'ouverture des cadavres, sur les phénomènes cadavériques, sur les blessures. *Idem*, plusieurs observations de perforations spontanées. — *Clauderi*, Praxis medico-legalis; Altenb., 1736. — *Coleman*, Dissertation sur la submersion, l'étranglement et la suffocation; Londres, 1791. — *Coulon*, Recherches sur l'acide hydrocyanique; Paris, 1819. — *Crassus*, Mortis repentinæ examen; Mutulæ, 1612. — *Croeser*, Kort ontwerp, verwattende de war vorzaetz der eerste inademing; Groning, 1740 : sur la docimasie pulmonaire.

Daniel, Sammlung medicinischer Gutachten; Leipsick, 1776. — *Dehaen*, Ratio medendi : sur plusieurs objets. — *De Pré*, de vulnerum lethalitate; Erfurt, 1726. — *Desgranges*, Mémoire sur les secours à donner aux noyés; Lyon, 1790, etc. — *Desportes*, Dissertation sur la noix vomique; Paris, 1808. — *Detharding*, de Cautione medici circa casus infanticidiorum; Rost., 1754. *Idem*, Lettre sur la submersion, en 1774, consignée dans les Disp. chir. de Alb. Haller, tome II, pag. 429-440. — *Devaux*, l'Art de faire les rapports en chirurgie; Paris, 1703. — *Drouard*, Dissertation sur l'empoisonnement par l'oxyde de cuivre; Paris, 1802. — *Dunal*, Histoire naturelle des solanum, 1813. — *Duval*, Dissertation sur la Toxicologie; Paris, 1806.

Emmert, Dissertatio de venenatis acidi borussici effectibus; Tubingæ, 1805. *Idem*, de effectu venenorum americanorum; Tubingæ, 1817. — *Eschenbach*, Medicina legalis; Rostoch, 1746. — *Esquirol*, Mémoire sur la strangulation : *Archives générales de Médecine*; janvier, 1823. — *Ettmul-*

S'il s'agit d'une mort violente, ou d'une mort dont la cause soit inconnue ou suspecte, le procureur du roi se fera assister

---

ler, de veneno, 1729. — *Ewaldt*, An fœtus humanus vivus vel mortuus natus sit; Regiom., 1711.
Fahner, Vollstœndiges, system der gerichtlichen arzneykunde; Stendal, 1795 — 1800. — *Falret*, de l'Hypocondrie et du suicide; Paris, 1822. — *Faselii*, Elementa medicinæ forensis; Ienæ, 1767. — *Favre*, de la sophistication des substances médicamenteuses; Paris, 1812. — *Fischer*, Mémoire sur l'arsenic : dans le *Journal de Schweigger*, vol. VI, cahier 1. — *Fine*, de la Submersion, ou Recherches sur l'asphyxie des noyés; Paris, an 8. — *Fodéré*, Traité de médecine légale et d'hygiène publique, 6 vol.; Paris, 1813. *Idem*, Leçons sur les épidémies et l'hygiène publique; 3 vol., 1823. — *Fontana*, Ricerche filos. sopra la fisica animale. *Idem*, Expériences sur le venin de la vipère, etc.; Florence, 1781. — *Frank*, Manuel de toxicologie : traduction d'Anvers, 1803. *Idem*, Système de police médicale : traduction de Milan, 1807; 11 vol. — *Fritsch*, und *J. C. Wolffs*, Seltsame medic. und physikalische, geschicten; Leypsich, 1736-40, in-4°. — *Fursteneau*, Specimina medicinæ forensis; Rint, 1752, in-4°.

Gardanne, Recherches sur la mort des noyés, etc.; 1778. *Idem*, Catéchisme sur les morts apparentes; Paris, 1781. — *Garmannus*, de Miraculis mortuorum; Lipsiæ, 1687. — *Gassendii* Opera; Lugd., 1658 : sur la Virginité. — *Geelhausen*, de pulmonibus neonatorum supernatantibus, etc.; Prag, 1723. — *Gendry*, d'Angers, Traité des rapports; 1650. — *Gérard*, Mémoire sur les perforations spontanées de l'estomac; 1803. — *Gerike*, de necessaria vulnerum inspectione, post occisum hominem; Helmst., 1737. *Idem*, de renunciatione vulnerum; Helmst., 1731. — *Gmelin*, de materia toxicorum hominis vegetabilium, etc.; Tubing., 1765. — *Goelicke*, Medicina forensis; Franc. ad V., 1723. *Idem*, de

d'un ou de deux *officiers de santé*, qui feront leur rapport sur les causes de la mort et sur l'état du cadavre.

Pulmonum infantis natatu indicio infallibili eum vivum vel mortuum natum esse; Franc., 1730. — *Goodwyn*, Mémoire sur la cause de l'asphyxie par submersion, etc., 1788 : trad. par Hallé. — *Grognier*, Compte rendu des travaux de la société de médecine de Lyon, sur les poisons; année 1810 et suiv. — *Guillemeau*, l'Abus sur les procédures de l'impuissance, in-8°.

Hahnemann, Ueber die arsenikvergiftung; Leyps; 1786: sur l'arsenic. — *Haller*, Opuscules pathologiques et élémens de physiologie : sur plusieurs objets.—*Harvey*, Exercitationes de generatione animalium; Lugd. Bat., 1639. — *Hebenstreit*, Anthropologia forensis; Lips., 1753. — *Heister*, de pulmonum innatatione, certo infanticidii signo; Helm., 1722. *Idem*, de medico a sectione cadaveris non excludendo; Helm., 1749. — *Henke*, Dissertations sur la médecine légale, 4 vol. in-8°.; Bamberg, 1815 à 1820. *Idem*, Traité de médecine légale à l'usage des professeurs et des médecins légis tes; Berlin, 1821.—*Hermann*, Sammlung auserlesener responsorum über dubiose und merkwusdiger casus; Iéna, 1733, à 1740. — *Herzog*, Sammlung responsorum juris criminalis welche von den beruhmtesten jurist. und medicinischen, etc.; Hamb., 1746.—*Hoffmann*, de veneni accusatione; Halæ, 1736. *Idem*, Opéra, tom. 1. Consult. et respons. med. centur. 1. casus 82 : sur les blessures. — *Hooguliet*, Konst van onden te Schouwen en van, etc.; Amst., 1732 : Sur la lthalité des blessures.—*Hotman*, Traité de la dissolution du mariage, etc.; Paris, 1595. — *Huard*, Dissertation inaugurale sur les blessures; Paris, 1819. — *Hunter*, Sur la submersion : *Philosophical transactions*, 1776; et sur l'Infanticide.

Jœger, Diss. de effectibus arsenici in varios organismos; Tub., 1808.

Kannegiesseri, Institutiones Medicinæ legalis; Halæ Mag-

Les personnes appelées dans le cas du présent article et de l'article précédent, prêteront, devant le procureur du roi,

---

deburgicæ, 1768. — *Keck*, Ah aus der prakt, etc.; Berlin, 1787. — *Kergaradec*, Mémoire sur l'uscultation appliquée à la grossesse; Paris, 1822. — *Kerner*, Empoisonnement par les boudins fumés; Tubingue, 1820. — *Klose*, Système de Physique Médico Judiciaire; Breslau, 1814. — *Knape*, Kritische Jahrbücher, etc.; Berlin, 1806 — *Kopp*, Jahrbüch der staatsarzneykfunde Frank. a. M.; 1808-1812. —*Krapf*, Experimenta de ranunculosæ nonnullorum venenata qualitate; Vindob., 1766. — *Kuehn*, Sammlung medicinischer gutachten; Breslau, 1791.

Lafosse, Encyclopédie Méthodique : presque tous les articles de médecine politique. *Idem*, Causes célèbres : sur la Mort. — *Laisné*, Considérations sur les perforations spontanées de l'estomac, Dissert.; Paris, 1819. — *Lair*, Essai sur les Combustions humaines; Paris, 1808. —*Lancisi*, de Morte subita; Lib. 1, cap. 15. — *Lavort*, Dissertation sur le sublimé corrosif; Paris, 1802. — *Lecieux*, Diss. inaugurale sur l'Infanticide; Paris, 1811. —*Leyser*, de Veneficio; Viteb, 1739. — *Licetus*, de monstris causis, natura; etc.; Amst., 1669. — *Littre* : sur la submersion, *Hist. de l'Académie royale des Sciences*; 1719. — *Loder*, Journal für die Chirurgie. U. gerichtliche arzney kunde; Iéna, 1797 et suiv. — *Loewe*, Theatrum medico chirurgicum; Norimbg, 1725. — *Lorry*, Question de survie, dans les Causes célèbres de *Richer*; 1752. — *Louis*, Œuvres diverses de chirurgie, contenant des lettres sur la certitude des Signes de la mort, sur les Naissances tardives, sur la Submersion, sur la Suspension, etc.; à Paris, 1768. *Idem*, dans les Causes célèbres de Richer; années 1763 et 1764. — *Ludwig*, Institutiones Medicinæ forensis; Lips., 1765.

Mahon, Médecine légale et Police médicale; Paris, 1811.

le serment de faire leur rapport, et de donner leur avis en leur honneur et conscience. (*Ibid*, art. 44.)

— *Magendie*, Mémoire sur l'Absorption, sur l'Émétique, etc.; Paris, 1809 et 1813. — *Mangold*, de Vulnere lethali; Rint, 1701. — *Marc*, Mémoire sur la Submersion et sur la Docimasie pulmonaire. *Voy.* Manuel de Rose; Paris, 1808. *Idem*, plusieurs articles des dict. de Médecine; G. H. — *Masius*, Traité de médecine légale, à l'usage des jurisconsultes; Rostoch, 1812, 2e. édition in-8o. — *Mauchart*, de inspectione et sectione legali. — *Mead's* Mechanical account of poisons; Lond., 1702. — *Meckel*, (Albrecht.) Dissertations sur la médecine légale; Halle, 1808 à 1820. — *Menghin*, de Incertitudine signorum vitæ et mortis. *Idem*, de signis vitæ et mortis neonatorum; Vindobonæ, 1768. — *Merat*, sur la Colique des peintres; Paris, 1812. — *Metzger*, Kurzgefasstes System der gerichtlichen arzneywissenschaft; Kœnisberg, 1805. *Idem*, Annalen der staatsarzneykunde; Züllichau, 1780. *Idem*, Materialien fur die staatsarzneykunde; Kœnisberg, 1792. *Idem*, Système abrégé de médecine légale, 5e édition, publiée par *Remer*; Kœnigsberg, 1820. — *Montgarny*, Dissertat. sur la Toxicologie; Paris, 1818. — *Morgagni*, de sedibus et causis morborum, 1762 : sur plusieurs sujets. — *Muller*, Entwurf der gerichtlichen arzneywissenschaft; Frankf., 1795.

Navier, Contre-poisons de l'arsenic, etc., 1777. — *Nebel*, de signis intoxicationis; Heid., 1733. — *Nysten*, Recherches de Physiologie et de Chimie; Paris, 1811.

Odier, sur l'Aphyxie : traduction libre des ouvrages de *Curry*, *Goodwyn*, *Menzies* et *Coleman*; Genève. — *Orfila*, Toxicologie générale, 2e édition; 1818. *Idem*, Leçons de Médecine légale; 1823.

Parmeonis, Sammlung verschiedener casuum medico-chirurgico-forensium; Ulm, 1746. — *Paulet*, Traité des Champignons; Paris, 1793. *Idem*, sur la vipère de Fontai-

Lorsqu'il y aura des signes ou indices de mort violente ou d'autres circonstances qui donneront lieu de le soupçonner,

---

nebleau, 1805.—*Pelletan*, Clinique chirurgicale; Paris, 1810. — *Petit*, Recueil de pièces relatives à la question des naissances tardives; Paris, 1766. — *Plenk*, Toxicologia; Viennæ, 1785. *Idem*, Medicina forensis; Viennæ, 1781. — *Ploucquet*, Abh. der gealtsame Todesarten; Tubingue, 1788: sur la Docimasie pulmonaire. *Idem*, Comment. med. in processus criminales. *Idem*, Dissertation sur la mort; Tub., 1786. — *Pouteau*, OEuvres posthumes : sur les Naissances tardives, sur la Submersion; Paris, 1803. — *Prévost*, Principes de jurisprudence sur les visites et rapports judiciaires; Paris, 1753. — *Prunelle*, Discours sur la médecine politique, prononcé à Montpellier, en 1814.—*Pyl*, Aufsætze und beobachtungen ausder gerichtliche arzneywissenschaft; Berlin, 1783-93. *Idem*, Neues magasin für die gerichtliche arzneykunde und medicinische, polizey; Stendal, 1786-88.

Questier, Medica decisio de naturalibus et legitimis matrimonii dissolvendi causis; Rothomagi, 1660.

Rapp, Dissertatio inauguralis circa methodos varios veneficium arsenicale detegendi; Tubingæ, 1817.—*Rayger*, Misc. nat. curios.; an VI, obs. 202 : sur le fœtus mort dans la matrice. — *Redi*, Osservazioni intorno alle vipere; Napoli, 1687. — *Remer*, Lehrbuch, polizeyl gerichtlichen chemie; Leips., 1812 : traduit par MM. Vogel et Bouillon-Lagrange. — *Renard*, Dissertation inaugurale sur l'ouverture des corps; Paris, 1814. — *Renault*, Expériences sur les contre-poisons de l'arsenic; Paris, an x. — *Richteri*, Digesta medica seu Decisiones medico forenses; Leips., 1731. — *Rieux*, Dissert. inaug. sur l'écchymose; Paris, 1814. — *Ristelhueber*, Rapports et consultations de médecine légale; Paris, 1821. — *Roloff*, Mémoire sur l'arsenic : *Journal de Schweigger*; Bd. 7, Heft 4. — *Rose*, Manuel d'autopsie cadavérique : traduction française; Paris, 1808. *Idem*, Mé-

on ne pourra faire l'inhumation qu'après qu'un officier de police, assisté d'un *docteur en médecine* ou en *chirurgie*,

---

moire sur l'arsenic : dans le Journal de Physique de *Gehlen*; Bd. 11, S. 665. — *Rosenstengel*, Introductio in praxim clinicam et forensem; Francof., 1717. — *Russel*, An account of indian serpents, etc.; Londres, 1796.

Sallin, Recueil de la Société de Médecine, t. 7, Ancien journal de médecine, t. 53 : sur les poisons. — *Schabel*, Dissertatio de effectibus veratri albi et hellebori nigri; Tubingæ, 1817. — *Scherf*, Archiv. der medicinischen polizey; Leipz. 1783. — *Schlegel*, Materialien für die staatsarzney wissenschaft; Iena, 1800-1809. *Idem*, Collectio opusculorum selectorum ad medicinam forensem spectantium; Lipsiæ, 1785-1791. — *Schmidtmuller*, Handbuch der staatsarzneykunde; Landshut, 1804. — *Schmitt*, Ueber die lungen probe; Wien. — *Schœpffer*, de Pulmonum infantis natante; Rost., 1705. — *Schulze*, An umbilici deligatio in nupernatis absolute necessaria? Halæ, 1733. — *Schweickard*, Medicinische-gerichtliche beobachtungen; Strasb., 1789. — *Scribonius*, de Sagarum natura et potestate; Helmst., 1584. — *Sebiz*, de notis virginitatis; Argent., 1630. — *Id.*, Examen vulnerum prout lethalia sunt, etc.; Argentor., 1638. — *Senac*, sur la Submersion : *Hist. de l'Acad. royale des Sciences*; 1726. — *Sev. Pinœi*, Opusc. Phys. tractans notas integritatis et corruptionis virginum; Paris, 1598. — *Sikora*, Conspectus medicinæ legalis; Pragæ, 1780. — *Smith*, Dissertation sur l'usage et l'abus des caustiques; Paris, 1815. — *Sprœgel*, Experimenta circa varia venena; Goettingue, 1753. — *Sprengel*, Medicina forensis; Mediolani, 1817. — *Stahl*, de vulnerum lethalitate; Halæ, 1703. — *Stenzel*, de Venenis terminatis et temporaneis; Viteb., 1730. — *Stoll*, sur les blessures. *Voy.* Ratio medendi, t. 6. Quædam ad Med. forens pertinentia. — *Strecker*, de fide et legalitate medici in investiganda vulnerum lethalitate; Erf., 1735. — *Swammerdam*,

aura dressé procès-verbal de l'état du cadavre, et des circonstances y relatives, ainsi que des renseignemens qu'il aura

---

Tract. de respiratione et usu pulmonum; Lugd., Bat., 1677.

Tagereau, Discours sur l'impuissance de l'homme, etc.; Paris, 1611.— *Tartrat*, de l'Empoisonnement par l'acide nitrique; Paris, an x. — *Teichmeyeri*, Institutiones medicinæ legalis; Ienæ, 1722. — *Tessier*, Mémoires sur les naissances tardives : *Académie des Sciences*. — *Thruston*, de Respirationis usu primario. — Traité, Instituzione di medicina forense; Vicenza, 1809. — Traité complet de médecine légale, à l'usage des législateurs, des jurisconsultes et des médecins; Leipsick, 1821. — *Troppaneger*, Decisiones medico forenses; Dresden, 1733.

Uden, Magazin für die gerichtlichen arzneykunde und medicinische Polizey; Stendal, 1782-84.

Valentini, Pandectæ medico legales; Francof., 1701. *Idem*, Novellæ medico legales; Francof., 1711. *Idem*, Corpus juris medico legale, 1722.— *Van Hoorn*, Forta bref om siunkande och drifwande lungen; Holm., 1718. — *Varnier*, sur la submersion : *Mém. de la Société roy. de méd.*, 1779. — *Vater*, de Signis infanticidii; Vit., 1722. — *Verdier*, Essai sur la jurisprudence de la médecine; Alençon, 1763. — *Vicat*, Histoire des plantes vénéneuses de la Suisse; Yverdon, 1776.—*Vicq-d'Azyr*, Essai sur le danger des sépultures; Paris, 1778. — *Vierius*, de prestigiis dæmonum et incantationibus; Basil., 1568. — *Vigné*, De la médecine légale. — *Vogel*, de Partu scrotino, valde dubio; Gott., 1764.

Wagner, de Signis veneno interfectorum; Regiom, 1707. —*Waldschmidii*, Ephemer. medic., physic., natural., cur., ann. 1687 : sur la Submersion. — *Walter*, sur la Submersion. *Nouv. Mém. de l'Acad. roy. des sc. et belles-lettres de Berlin*; 1782. — *Welschii*, Rationale vulnerum lethalium judicium; 1660. — *Wepfer*, de Cicuta aquatica; 1716. — *Westerhoff*, de Cadavere auctoritate publica lustrando; Lugd. Bat., 1738.

pu recueillir sur les prénoms, nom, âge, profession, lieu de naissance, et domicile de la personne décédée. (Code civil, art. 81.) (1)

Tout individu atteint d'une infirmité grave et *dûment justifiée*, est dispensé de la tutelle. Il pourra même s'en faire décharger, si cette infirmité est survenue depuis sa nomination. (Code civil, art. 434.)

Tout juré qui ne se sera pas rendu à son poste sur la citation qui lui aura été notifiée, sera condamné, par la cour d'assises, à une amende. (Code d'instr. crim., art. 396.)

— *Wildberg*, Handbuch der gerichtl, Arzney Wissenschaft, Manuel de médecine légale, in-8°; Berlin, 1812. — *Winslow*, Dissert., an mortis incerta signa, etc.; Paris, 1740. —*Wolfart*, Tract. de infanticidio doloso; Francof., 1750.

Zacchias, Questiones medico legales; Franc., 1688, in-fol. —*Zelleri*, De vita humana et fune pendente; Tub., 1692.— *Zittmanni*, Medicina forensis; Francof., 1706.

Nous pourrions ajouter encore plusieurs autres ouvrages ayant des rapports avec quelques-unes des branches de la médecine légale; mais nous préférons renvoyer le lecteur aux traités de *Baldinger*, et surtout de *Ploucquet*, où il trouvera l'indication détaillée de tout ce qui a été écrit d'important sur cette science.

(1) On remarquera sans doute que le titre de *docteur* est exigé dans cet article, tandis que l'art. 44 du Code d'instruction criminelle autorise les *officiers de santé* à faire des rapports. Il est probable que sous ce dernier titre, le législateur a voulu seulement désigner les docteurs en médecine et en chirurgie. Il n'est pas fait mention non plus dans l'art. 81 du Code civil, de la *prestation* du serment exigée par l'article 44 du Code d'instruction criminelle; apparemment qu'on l'a jugée inutile, dès que le rapporteur est obligé de répéter de vive voix dans la séance où la cause est jugée, les faits et les conclusions consignés dans le rapport, et qu'alors il est tenu de prêter serment.

Seront exceptés, ceux qui *justifieront* qu'ils étaient dans l'impossibilité de se rendre au jour indiqué. (*Ibid.*, art. 397.)

Toute personne citée pour être entendue en témoignage, sera tenue de comparaître, et de satisfaire à la citation, etc. (*Ibid.*, art. 80.)

Le témoin, ainsi condamné à l'amende sur le premier défaut, et qui, sur la seconde citation, produira devant le juge d'instruction, des *excuses légitimes*, pourra, sur les conclusions du procureur du roi, être déchargé de l'amende. (*Ibid.*, art. 81.)

Si le témoin *justifie* qu'il n'a pu se présenter au jour indiqué, le juge-commissaire le déchargera, après sa déposition, de l'amende et des frais de réassignation. (Code de procédure civile, art. 265.)

Si le témoin auprès duquel le juge se sera transporté, n'était pas dans l'impossibilité de comparaître sur la citation qui lui aurait été donnée, le juge décernera un mandat de dépôt contre le témoin et l'*officier de santé* qui aura délivré le certificat. (Code d'instruct. criminelle, art. 86.)

Tout médecin, chirurgien, ou autre officier de santé qui, pour favoriser quelqu'un, certifiera faussement des maladies ou infirmités propres à dispenser d'un service public, sera puni d'un emprisonnement de deux à cinq ans. S'il y a été mu par dons ou promesses, il sera puni du bannissement. Les corrupteurs seront, en ce cas, punis de la même peine. (Code pénal, art. 160.)

Des Rapports.

On donne le nom de *rapport* (relation, récit d'une chose) à un acte *dressé par ordre de l'autorité*, renfermant l'exposition d'un ou de plusieurs faits, et les conclusions qui en découlent. Au lieu de distinguer comme autrefois des rapports *dénonciatifs*, *provisoires*

et mixtes, on admet aujourd'hui des rapports *judiciaires*, *administratifs* et *d'estimation*. Ces dénominations, qui n'ont pas besoin de commentaire, expliquent parfaitement l'objet de chacun de ces actes. Il ne sera pas inutile, avant de les examiner en particulier, d'établir un certain nombre de préceptes que les gens de l'art ne devraient jamais perdre de vue.

1° Le premier devoir du médecin, dit Devaux, est de faire les rapports dans un esprit d'équité et d'intégrité qui soit à toute épreuve, de manière qu'elles ne puissent être ébranlées par les offres les plus avantageuses, ni séduites par les prières de ses proches, et qu'elles le rendent sourd et insensible aux instances de ses amis, aux sollicitations des personnes puissantes, et de tous ceux à qui il est redevable des bienfaits les plus insignes. Il devrait être juge indépendant de ses travaux judiciaires et ne pas avoir la faculté de prodiguer d'autres soins au plaignant que ceux qu'il serait absolument nécessaire de donner dans le premier moment d'une blessure, d'une maladie, etc. Une loi qui fixerait ainsi les attributions du rapporteur, offrirait des avantages que le docteur Biessy nous paraît avoir suffisamment appréciés : la justice et l'accusé trouveraient dans le médecin-rapporteur un homme désintéressé, propre à les éclairer sur la marche du traitement et sur les causes accidentelles ou provoquées qui en prolongent la durée; et en supposant que la méthode curative employée fût l'objet de la censure de l'accusé, le rapport ne pourrait jamais être annulé; inconvénient grave que l'on ne pourrait pas éviter dans le cas où la même personne serait chargée d'éclairer les ma-

gistrats et de soigner les malades. (*Biessy*, Manuel pratique de la médecine légale, année 1821.)

2° On doit se transporter au lieu désigné par l'autorité, immédiatement après avoir été requis : en effet, qu'il s'agisse d'une blessure, d'un empoisonnement, de l'asphyxie par submersion, etc., on court risque, en différant la visite de quelques heures seulement, de ne plus pouvoir constater le délit; on perd souvent les moyens d'établir l'identité d'un individu, parce que la putréfaction a exercé de tels ravages, que les formes sont méconnaissables, etc.

3° La visite et la reconnaissance des lieux et des objets qui s'y trouvent ne doivent être faites qu'en présence du magistrat ou du commissaire délégué; par ce moyen l'intention de la justice ne sera jamais trompée, et les faits qui auront été recueillis seront toujours exacts. Ne serait-il pas convenable, comme l'a proposé M. Chaussier, que le magistrat se fît accompagner par un médecin qui surveillerait en quelque sorte les opérations du rapporteur, et qui serait considéré comme un témoin aussi éclairé que possible? Nous savons en effet que lorsqu'il s'agit d'ouvrir un cadavre, les agens de l'autorité se tiennent souvent à l'écart, et, quand même ils vaincraient la répugnance que fait naître la dissection, ils sont trop étrangers à l'étude de l'anatomie et de la chirurgie pour distinguer une section accidentelle faite par l'inattention de celui qui opère.

4° Le rapporteur ne peut se passer, dans beaucoup de circonstances, d'un ou de plusieurs aides; mais il aurait tort de leur confier exclusivement l'examen de l'individu sur lequel il doit prononcer; des recherches

aussi délicates ne sauraient être livrées à des personnes peu versées dans l'étude de l'art : celui qui signera le rapport a dû chercher et voir par lui-même ce qu'il dira avoir observé.

5° S'il s'agit de l'examen d'un cadavre, on commencera par observer attentivement les vêtemens et les matières qui l'enveloppent; sont-ils salis par du sang, par des mucosités, par la matière d'un écoulement purulent ou syphilitique, par de la boue, de la poussière, ou bien sont-ils déchirés, coupés, etc. : des renseignemens de cette nature ne peuvent être que fort utiles, lorsque la mort est la suite d'une blessure, du viol, de l'avortement, etc. Après avoir déshabillé le cadavre avec précaution, on tiendra compte des taches de sang ou de tout autre fluide qui pourront s'observer à la surface du corps; on le lavera, et on cherchera à reconnaître l'individu par les moyens dont il sera fait mention à l'article *identité*. Toutes les fois qu'une personne a été trouvée morte, dit le docteur Biessy, et qu'on est parvenu à la reconnaître, on a bientôt découvert également les circonstances précises de sa mort; et si celle-ci a été l'effet d'une cause criminelle, on est promptement remonté jusqu'aux auteurs de ce crime. Avant de procéder à l'ouverture du corps, on s'assurera que la mort n'est pas apparente, mais bien réelle; il faudra même déterminer approximativement l'époque à laquelle l'individu a cessé de vivre, en ayant égard à la température du corps, à la rigidité ou à la flexibilité des membres, à l'état de putréfaction plus ou moins avancé, etc. (*Voy.* Mort.)

6° Si la personne est vivante, après avoir fait sur

les vêtemens et les lieux les recherches dont il vient d'être parlé, on constatera rigoureusement l'état des organes extérieurs, la manière dont s'exercent les diverses fonctions, et on adressera à l'individu les questions que l'on croira les plus propres à découvrir la vérité : ces questions ne sauraient être indiquées d'une manière générale, parce qu'elles doivent varier dans un cas d'empoisonnement, de blessure, d'accouchement, de maladie simulée, etc. Il faudra toutefois être sur ses gardes pour ne pas être induit en erreur par des contorsions, des convulsions, des ecchymoses, des tumeurs et d'autres maladies feintes. Nous indiquerons, en parlant des règles de l'*examen médico-légal des blessures*, une foule de particularités relatives à ce genre de lésion, et dont il sera nécessaire de tenir compte.

7° On s'attachera à découvrir le corps du délit : la présence d'une arme à feu ou de tout autre instrument piquant ou contondant, de linges ensanglantés, de substances réputées *abortives*, de matières vénéneuses récelées dans une armoire ou dans les poches de l'individu; les liquides vomis ou rejetés par les selles; l'existence d'un fœtus ou du délivre dans la chambre, dans les fosses d'aisance, etc., sont autant d'objets sur lesquels il faut porter toute son attention, par les lumières qu'ils peuvent fournir, comme nous l'établirons en traitant des blessures, de l'empoisonnement, de l'avortement, de l'infanticide, etc. Mais on aurait tort de borner là les recherches : on devra visiter soigneusement l'auteur présumé du crime, toutes les fois qu'il y aura possibilité de le faire. Dans

certains cas on trouvera sur lui ou dans son appartement des substances vénéneuses de la même nature que celles qui ont occasioné les accidens ; les vêtemens, les mains ou toute autre partie de la surface du corps de l'aggresseur soupçonné, seront peut-être teints de sang ; on découvrira quelquefois qu'il est atteint d'une maladie syphilitique, ce qui pourra éclairer singulièrement dans une question de viol, etc.

8° On éloignera du lieu de la visite toutes les personnes qu'il n'est pas nécessaire d'y admettre. Le médecin et le chirurgien, dit Rose (Manuel d'autopsie cadavérique), regarderont comme une obligation sacrée, de ne parler, dans aucun cas, du résultat de leurs recherches à d'autres personnes qu'à celles requises par la justice. L'indiscrétion qui en général est incompatible avec les devoirs et la dignité de l'art de guérir, peut surtout compromettre la responsabilité du médecin ; elle a même souvent donné lieu à l'impunité du crime et à la persécution de l'innocence.

9° Le rapport doit toujours être écrit en totalité ou en grande partie sur le lieu même de la visite : en totalité, lorsque l'affaire n'est point compliquée et que les conclusions à déduire des faits observés sont d'une évidence frappante. S'il n'en est pas ainsi, ou bien s'il est nécessaire de se transporter dans un laboratoire de chimie pour analyser des matières suspectes, on doit rédiger sur les lieux mêmes tout ce qui est le résultat de l'observation, sauf à tirer plus tard les conséquences qui doivent terminer le rapport. Le médecin trouve toujours quelque prétexte spécieux pour se soustraire à cette règle, dit M. Chaus-

sier; tantôt il a des affaires urgentes; d'autres fois il allègue le besoin de la méditation pour rédiger les faits, les rapprocher, en tirer des conséquences; ainsi presque toujours il s'en rapporte à la fidélité de sa mémoire ou a quelques notes fugitives prises avec précipitation. Sans doute il est des circonstances qui exigent la méditation dans le silence du cabinet, mais l'exposition des faits, qui constitue la majeure partie du rapport, ne demande que de l'attention; la méditation ne peut rien y ajouter ou en rétrancher; il suffit de les décrire avec clarté et avec précision. Cette partie du rapport doit être remplie sur-le-champ; car si quelqu'article échappait ou paraissait douteux, on est sur les lieux, on peut le vérifier aussitôt : ce travail, une fois terminé, sera lu et signé par le rapporteur et par le magistrat. Pour ce qui concerne les conclusions, comme elles exigent quelquefois des réflexions particulières, on peut, sans inconvénient, laisser au médecin la liberté de les rédiger dans le silence du cabinet, et de les ajouter à la suite de l'exposition et de la description déjà signées. (Observations chirurgico-légales sur un point important de la jurisprudence criminelle, p. 41, année 1790.)

10° Le rapport doit être rédigé en termes clairs et précis; il faut éviter avec soin les expressions équivoques, les mots barbares et scolastiques, les raisonnemens et les discussions scientifiques; en un mot, on doit ne rien dire de superflu, ne rien omettre de ce qui est utile. Croirait-on, dit Devaux, qu'il y a eu des chirurgiens assez extravagans pour tracer des figures géométriques dans leurs rapports, et assez peu sensés

pour s'imaginer qu'ils se rendraient recommandables aux juges, en leur faisant voir qu'ils pouvaient démontrer géométriquement l'effet des forces mouvantes et la pesanteur des corps liquides?

11° L'homme de l'art ne peut pas refuser de donner un rapport. MM. Fodéré, Biessy et quelques autres auteurs de médecine légale ont émis une opinion contraire : la putréfaction, disent-ils, est tellement avancée dans certains cas, qu'il deviendrait inutile de procéder à l'examen du cadavre, dont l'ouverture pourrait être nuisible à la santé; d'ailleurs il est des circonstances où la visite est ordonnée trop tard pour qu'elle puisse être de quelque utilité. Quel avantage tirera-t-on, par exemple, de l'inspection d'une femme que l'on dit être accouchée, passé le dixième jour? Il est aisé de voir que de pareils motifs ne peuvent pas avoir été allégués sérieusement. Combien n'y a-t-il pas de subtances vénéneuses dont on peut démontrer la présence, lors même que la décomposition putride a déjà fait les plus grands progrès? (*Voyez* EMPOISONNEMENT.) La science ne possède-t-elle pas des moyens de désinfecter les cadavres pouris, de manière à ce que les émanations qu'ils exhalent soient promptement détruites? (*Voyez* MORT, art. *Ouverture des corps.*) Comment admettre, enfin, qu'un médecin puisse refuser son ministère dans une question d'accouchement, d'avortement, de viol, etc., parce qu'il est mandé quelques jours après le terme où, dans la plupart des cas on n'aperçoit plus de traces certaines du fait? Tout ce qui tient à la vie échappe à des calculs mathématiques rigoureux : les termes dont nous parlons ont été fixés

par les gens de l'art, pour la généralité des cas; mais il est évident qu'on doit rencontrer des exceptions, et trouver quelquefois, au quinzième jour chez un individu, des altérations que l'on n'aurait pu constater au cinquième ni au sixième jour chez un autre; d'ailleurs, il n'en serait pas ainsi, que nous ne verrions aucun inconvénient à donner un rapport, dans lequel on aurait soin de spécifier que la visite a été réclamée trop tard, et qu'il est impossible de résoudre le problème.

12° La même question médico-légale exige quelquefois que l'on fasse plusieurs rapports. Tantôt le rapporteur se borne, dans un premier examen, à constater l'état des organes, et renvoie à une époque plus éloignée le jugement qu'il croira devoir porter sur le fait: l'histoire des blessures offre des exemples frappans de la nécessité des nouveaux rapports dont nous parlons. Mais le plus souvent, la justice ou les parties intéressées sollicitent d'autres rapports et demandent de nouveaux rapporteurs, le premier rapport ayant été attaqué comme incomplet ou inexact. Les médecins ne sauraient trop se pénétrer de cette vérité: nous voyons tous les jours des rapports frappés de nullité à cause de leur insuffisance, ce qui est d'autant plus déplorable que souvent les seconds rapporteurs, tout en rejetant les conclusions du premier rapport, ne peuvent pas leur en substituer d'autres; et la justice n'est pas éclairée. Que l'on suppose, en effet, un cas de médecine légale ayant donné lieu à un premier rapport où des faits essentiels étaient omis, où d'autres étaient mal décrits, où les conclusions enfin n'étaient

point rigoureusement déduites, tandis qu'il eût été possible de faire le contraire : le second rapporteur n'aura pas de peine à renverser un acte aussi peu satisfaisant ; mais que mettra-t-il à la place, si déjà les faits qui étaient sensibles au premier moment de la lésion ont disparu, si la putréfaction a changé la forme, la couleur et le rapport des parties, si le traitement qui a suivi a modifié l'état des organes, etc. ? Ces réflexions doivent faire sentir combien il est indispensable de recueillir précieusement les faits qui constituent la base d'un premier rapport. Le docteur Biessy insiste avec raison (page 142 de l'ouvrage cité), sur la nécessité de faire la seconde visite qui donne lieu à un rapport, en présence du médecin qui a rapporté le premier. « Souvent nous avons vu que tel individu sur lequel on n'a trouvé, lors de la première visite, aucun signe sensible et caractéristique de violence, non-seulement les présentait à l'époque de la seconde, mais offrait même à ce moment des lésions graves ou compliquées. Sans doute alors le premier rapporteur peut seul donner des indices certains pour déterminer la cause de ce changement, qui tantôt dépend d'une sur-cause, tantôt est déterminé par le plaignant lui-même dans des vues criminelles. Que pourra encore un second rapporteur dans le cas de l'ouverture d'un cadavre, lorsque les parties dénaturées soit par les sections indispensables dans la première opération, soit par une putréfaction toujours croissante, l'auront mis dans l'impossibilité absolue de vérifier les faits, ou du moins une partie des faits établis par le premier rapport ? »

Des rapports administratifs et judiciaires.

Un rapport administratif et judiciaire, pour être bien fait, doit se composer de trois parties distinctes, présentées constamment dans le même ordre, savoir : le *préambule*, la *description* de ce qui fait l'objet du rapport, et les *conclusions*.

Première partie. — *Préambule, Protocole, Formule d'usage*, etc. On commence par indiquer le nom, les prénoms, les titres et qualités ainsi que le domicile du rapporteur; le jour, l'heure et le lieu de la visite; on fait connaître la qualité du magistrat par qui on a été mandé, et de celui dont on est accompagné; on désigne également les noms des médecins ou des aides que l'on a cru devoir employer; puis on *expose les circonstances qui ont précédé la visite*, et qui paraissent *essentielles;* ainsi, après avoir recueilli tous les signes commémoratifs, tant de la part du plaignant que de ses amis, des parens et des autres assistans; après avoir même quelquefois pris connaissance des plaintes respectives des parties (1), on transcrit brièvement tout

(1) Les juges du Châtelet de Paris ordonnèrent, en 1785, au sujet d'une accusation d'impéritie d'un médecin, « qu'avant de faire droit, la dame H. sera de nouveau vue et visitée par les médecins et chirurgiens du Châtelet réunis, ès mains desquels seront remises les plaintes, demandes et requêtes énonciatives des faits articulés par le sieur H.; lesquels, après lecture desdites pièces, visite faite, pourront entendre ladite malade, la garde malade, et prendre tous autres renseignemens qu'ils jugeront convenables. » (*Chaussier*, Mémoire cité, pag. 31.)

ce qui paraît se rattacher au sujet, en repoussant cette foule de propos extravagans et de plaintes exagérées qui n'ont évidemment aucune connexion avec le fait allégué, et qui sont le fruit de l'ignorance, de la malveillance ou de la cupidité. On tient compte, par exemple, de la profession, du tempérament, des habitudes du plaignant ou de ses ayans-cause; des maladies auxquelles il était sujet, de celles qui règnent actuellement; et s'il s'agit d'une violence extérieure, du nombre de coups que l'on dit avoir été portés, des accidens qui ont suivi la violence, des moyens employés pour les combattre, etc. On parle ensuite de l'attitude dans laquelle on a trouvé le corps, de l'état des vêtemens et des différens objets qui peuvent avoir un rapport quelconque avec le fait pour lequel on est mandé. Si l'on trouve un instrument meurtrier on en indique l'espèce et la forme; et s'il a déjà été soustrait, on en fait mention d'après les récits.

Seconde partie.—*Description historique, Reconnaissance de l'état de l'individu* (*visum et repertum*). Cette partie est sans contredit la plus importante du rapport, puisqu'elle renferme les faits qui doivent servir de base aux conclusions; et lors même que celles-ci seraient mal déduites, les faits étant exactement décrits, il serait aisé de les infirmer pour leur en substituer d'autres; tandis que la plus légère inexactitude dans l'exposition de ces faits pourrait entraîner les conséquences les plus fâcheuses. Ce serait abuser de la patience du lecteur, que d'exposer en détail la manière dont il faut procéder à la recherche des données dont nous parlons; qu'il nous suffise de dire qu'on ne doit pas

craindre le reproche de lenteur ou de minutie, puisqu'on est souvent conduit à des découvertes importantes, par l'appréciation d'un fait que l'on n'avait pas observé et que l'on était tenté de négliger. Nous dirons, en parlant de l'ouverture des cadavres (*voyez* MORT), comment il faut étudier la surface externe des corps avant de les inciser; les blessures nous fourniront l'occasion d'indiquer combien les recherches qui s'y rapportent doivent être scrupuleuses; il en sera de même des articles qui traitent de l'empoisonnement, de l'infanticide, etc. Nous nous bornerons ici à faire une observation générale : il importe que les objets mentionnés dans la seconde partie du rapport, le soient de manière à convaincre tous les esprits; et l'on y parviendra facilement en appuyant l'énoncé d'un certain nombre de preuves, ou de quelques détails sans lesquels la véracité ou la capacité du rapporteur pourraient être mises en doute : ainsi lorsqu'il s'agira d'un empoisonnement, on ne se bornera point à dire : « Les matières suspectes ont fourni à l'analyse telle ou telle autre substance vénéneuse. » Il faudra ajouter : « ce qui a été prouvé par l'action des réactifs A. B. C. D. etc. qui ont fait naître des précipités de couleur verte, jaune, rouge, etc., et par l'action d'autres agents que l'on désignera ». S'il est question de la description d'une blessure, on en indiquera l'espèce en la désignant sous le nom qui lui convient; et après avoir parlé d'une manière précise de sa situation, de sa direction, de sa profondeur, de son étendue, etc., on dira par quels moyens on est parvenu à les reconnaître, si l'on s'est servi d'un compas, si l'on a pratiqué des inci-

sions, si l'on a trouvé peu ou beaucoup de sang épanché, etc. Quand il faudra constater si la mort est réelle ou apparente, au lieu de dire : « Les membres étaient raides comme après la mort, et les muscles n'offraient plus la moindre trace de contractilité, » on ajoutera : « ce dont on s'est assuré en forçant la position du membre et en soumettant à l'action de la pile électrique un muscle mis à découvert. » Dans un rapport sur l'infanticide, loin d'indiquer d'une manière aproximative les proportions et le poids du fœtus et de ses diverses parties, on les donnera d'une manière précise, en faisant connaître les instruments dont on s'est servi.

Troisième partie. — *Conclusions*. Cette partie doit contenir, comme on le prévoit, les conséquences qui découlent immédiatement des faits observés et des signes commémoratifs dont le préambule fait mention. On sentira qu'il doit être impossible de donner des préceptes propres à servir de guide dans la rédaction de cette partie du rapport. Les conclusions doivent varier autant que les cas : toutefois nous observerons combien il importe de se servir d'expressions convenables ; des mots que l'on regarde à tort comme synonymes, ne peuvent pas être employés indistinctement ; nulle part le langage du rapporteur ne doit être plus nuancé, pour affirmer, pour nier, pour établir des probabilités, pour faire naître des soupçons, etc. Quelquefois la vérité est évidente, dit le docteur Renard, tout le monde peut la saisir sur-le-champ, il suffit de l'énoncer pour entraîner la conviction; mais d'autres fois elle est tellement obscurcie par le concours, la série

des circonstances, que pour l'atteindre il faut apporter l'attention, la circonspection la plus scrupuleuse. Dans ces cas complexes, on doit, pour arriver à une conséquence positive et incontestable, considérer, comparer, analyser avec soin tous les faits; rapprocher autant que possible les circonstances qui ont précédé ou accompagné le cas actuel, ne présenter aucune conséquence qui ne soit immédiatement déduite des faits les plus certains, qui ne soit fondée sur les lois les plus constantes de la nature et des principes de l'art. C'est après avoir médité sur tous ces objets, après avoir arrêté et tracé le plan du rapport, que le médecin le rédige, l'écrit, ou le dicte au commis-greffier dans quelques circonstances. (Dissertation inaugurale soutenue à la Faculté de Paris en 1814.)

Des rapports d'estimation.

On désigne sous le nom de *rapport d'estimation*, une attestation rédigée par les hommes de l'art, pour examiner si les honoraires réclamés par leurs confrères ou par les pharmaciens sont fixés à un taux convenable, et si la méthode de traitement suivie par les médecins et les chirurgiens qui ont donné des soins aux malades a été de nature à prolonger la maladie ou à rendre sa terminaison funeste. Des actes de ce genre ne doivent être dressés, comme les rapports administratifs et judiciaires, que d'après l'ordre de l'autorité.

Devaux, que plusieurs auteurs de médecine légale ont copié sur ce point, sans indiquer la source où ils avaient puisé, dit que dans la rédaction de ces rapports, indépendamment des préceptes établis dans les

deux articles précédens, il faut encore avoir égard aux considérations suivantes :

1° On doit marquer en marge du mémoire qui a été présenté, le jugement porté sur chaque article, pour prouver que l'on a fait droit sur tout avec l'exactitude requise. 2° Si l'on réduit le prix d'un article à une moindre somme, cette somme modifiée doit être marquée en chiffres. 3° Lorsqu'on ne trouve rien à retrancher, on doit mettre en marge le mot *bon*. 4° Le travail terminé, on doit le certifier au bas du mémoire, en forme de procès verbal conçu en peu de mots. 5° On considérera le mérite de l'opération, parce que celles qui demandent beaucoup de dextérité et d'expérience, ou qui sont pénibles et laborieuses, doivent être mieux rétribuées que celles qui sont faciles et communes. 6° On aura quelquefois plutôt égard à l'importance des maladies : ainsi un chirurgien qui réunira en fort peu de temps une grande division dans les chairs, par la suture, la situation, et un bandage convenable, méritera d'être mieux récompensé qu'un autre qui aura tamponné une semblable plaie, et qui ne l'aura conduite à sa guérison qu'après une longue suppuration, et qu'après avoir fait souffrir au blessé de cruelles douleurs, qu'il lui aurait épargnées, ainsi qu'un traitement fort long, s'il eût été plus instruit. Il serait toutefois injuste de ne pas avoir égard, dans les estimations, au temps qu'a duré le traitement; en effet, il y a des maladies tellement graves par elles-mêmes, dont les complications sont si fâcheuses, que l'on ne peut très-souvent les guérir que par un long traitement; il y en a même qui sont légères en apparence,

et que la mauvaise disposition des individus rend néanmoins très-longues et très-difficiles à guérir. Les médecins ne sauraient estimer avec équité, qu'en pesant toutes ces circonstances. 7° On insistera beaucoup dans la taxe d'un mémoire, sur la qualité et la fortune des personnes qui ont été traitées; car plus ces personnes sont élevées en dignité, plus elles exigent de soins, de visites et d'assiduité, qui méritent par conséquent une plus ample récompense. 8° On tiendra compte de la proximité ou de l'éloignement du malade; car il ne serait pas juste qu'un homme de l'art qui aurait été d'un bout d'une grande ville à l'autre, ou à une lieue et plus dans la campagne, ne fût pas mieux payé qu'un autre qui aurait fait un pareil traitement dans son voisinage. S'il s'agit d'estimer le prix des médicamens fournis par un pharmacien, on prendra pour base le prix moyen auquel les substances qui sont l'objet de la contestation sont débitées chez plusieurs de ses confrères; et ce ne serait que dans le cas où les drogues seraient d'une mauvaise qualité, qu'on pourrait leur assigner une valeur au-dessous de la moyenne. Lorsque les médicamens auront été vendus par des officiers de santé, on se gardera bien de les porter à un prix plus élevé que s'ils avaient été achetés chez des pharmaciens : la société ne doit pas tolérer que des hommes de l'art réduisent à quelques centimes les honoraires qui leur sont dûs pour leurs visites, tandis qu'ils exigent des sommes exorbitantes pour des médicamens de peu de valeur : en agissant autrement, on favorise le charlatanisme et l'on autorise le débit de ces prétendus arcanes avec lesquels on ne

séduit que trop aisément les habitans des villes et des campagnes.

Lorsqu'un homme de l'art est accusé d'avoir prolongé le traitement d'une maladie, ou de ne pas en avoir prévenu les suites fâcheuses, la justice désigne un ou plusieurs médecins pour lui faire un rapport qui doit servir de base au jugement. Dans le plus grand nombre de cas l'accusation n'est pas fondée, parce que la plupart des hommes qui exercent une profession aussi honorable que la nôtre joignent à des connaissances assez étendues pour ne pas commettre des erreurs grossières, la plus grande probité et beaucoup de délicatesse : le médecin chargé par l'autorité de remplir une mission aussi pénible ne tarde pas à faire tomber sur le plaignant tout ce que l'accusation présente d'odieux ; il y parvient facilement en se faisant rendre compte de toutes les circonstances qui ont précédé et accompagné la maladie, des moyens proposés par le médecin ou par le chirurgien que l'on désigne, de l'époque à laquelle ils ont été consultés, du traitement qui a été employé, de la répugnance ou de la docilité du malade à suivre ce traitement, du régime qui a été prescrit, et de la manière dont il a été observé, etc. : ces recherches conduisent souvent à établir que la longueur de la maladie est le résultat de l'inobservation des règles de l'hygiène, d'une manœuvre pratiquée par le malade, dans le dessein d'aggraver les accidens, etc. Mais, il faut l'avouer, la perversité et l'ignorance sont portées assez loin chez quelques hommes de l'art, pour que l'on soit obligé de réprouver leur conduite : ici tous les intérêts doivent disparaître devant la vé-

rité. Que le charlatanisme et l'impéritie soient dévoilés et impitoyablement réprimés, et l'on verra bientôt ceux qui avaient usurpé la confiance de leurs cliens, réduits à un état de nullité dont ils n'auraient jamais dû sortir.

Des Certificats.

Le certificat diffère du rapport par sa plus grande simplicité, et parce qu'il peut être délivré par un officier de santé ou par toute autre personne étrangère à l'art de guérir; c'est une attestation purement officieuse qui n'exige ni la prestation du serment, ni la présence du magistrat, et qui, dans beaucoup de cas, n'a pas été provoquée par la justice. On a désigné plus particulièrement sous le nom d'*exoine*, un certificat d'*excuse* fait sur la réquisition des particuliers ou par ordre de l'autorité, et qui a pour objet de dispenser les personnes malades d'un service quelconque : de pareils actes peuvent être relatifs aux institutions civiles, criminelles, religieuses et militaires. Nous avons exposé avec assez de détails les dispositions des lois concernant les certificats; les règles d'après lesquelles ils doivent être rédigés sont les mêmes que celles dont nous avons fait mention à l'occasion des rapports administratifs et judiciaires; aussi nous abstiendrons-nous de donner plus de développement à cet article.

Des Consultations médico-légales.

On désigne sous le nom de *consultation médico-légale* un mémoire rédigé par un ou plusieurs docteurs

en médecine, ou par une Faculté de médecine, sur la demande de l'autorité ou des parties intéressées, dans lequel on discute la valeur des rapports, des certificats, des notes ou des mémoires qui ont déjà été dressés, et où l'on expose les diverses considérations que l'on croit propres à éclairer les magistrats. Tandis que le rapport et le certificat sont concis et dégagés de citations et de rapprochemens, la consultation médico-légale, au contraire, offre des développemens convenables. Les propositions qui y sont émises doivent être prouvées par des faits bien avérés, généralement avoués, et par l'autorité imposante des auteurs les plus célèbres; le récit d'une observation antérieure dont on aura été témoin, ou que l'on aura puisée dans un ouvrage recommandable, pourra quelquefois venir à l'appui de ce que l'on avance, et l'on aurait tort de négliger aucun des moyens susceptibles de porter la conviction dans l'esprit des juges et des jurés. Le médecin doit éviter avec soin dans un ouvrage de ce genre, de dénaturer les faits ou de les interpréter mal à propos, dans l'espoir d'annuler les rapports de ses confrères; il ne se bornera pas à examiner la question telle qu'elle aura été posée par les avocats dont il croit devoir combattre les opinions, car ces questions, souvent insidieuses, limiteraient ses pouvoirs, restreindraient le champ de la discussion, et conduiraient à des conclusions erronées. Loin de là, il analysera les propositions dont il s'agit, il en établira de nouvelles, s'il le juge nécessaire, et il n'attaquera les rapports qu'autant qu'ils seront essentiellement incomplets, vicieux, ou contraires aux principes de l'art. Si l'hon-

neur et le devoir ne nous forçaient pas à suivre cette marche, l'intérêt devrait nous engager à l'adopter : en effet, de nouvelles consultations médico-légales peuvent être rédigées par des médecins qui jouissent d'une grande célébrité, ou par des Facultés de médecine, qui ne manqueraient pas de mettre en évidence l'inhabileté du premier consultant.

Il n'est guère possible d'indiquer dans cet article la manière de rédiger les consultations médico-légales, parce qu'elle doit varier suivant les cas; nous nous bornerons à dire qu'elle doit être écrite avec méthode, et qu'il faut éviter de confondre dans un même paragraphe la solution des questions qui ne se ressemblent pas : à la fin de chacun de ces paragraphes, on déduira les conclusions qui découlent évidemment des prémisses, et le travail sera terminé par l'exposition rigoureuse des diverses conséquences auxquelles on aura été conduit.

TROISIÈME LEÇON.

De l'histoire des âges.

Les questions relatives à l'infanticide, à l'avortement et à la viabilité du fœtus ne peuvent souvent être résolues d'une manière satisfaisante, qu'autant que l'on parvient à déterminer, du moins approximativement, l'âge du fœtus ou de l'enfant qui vient de naître. Il importe encore de constater l'âge d'un enfant ou d'un adulte toutes les fois qu'il s'agit d'ouvrir juridiquement le cadavre d'un inconnu, ou d'une question d'identité, et que l'âge ne peut être prouvé par les

titres, les possessions d'état ou les témoins. Enfin, les dispositions suivantes des Codes civil et pénal obligent quelquefois le médecin à résoudre le problème dont nous allons nous occuper :

« 1° Le mineur est l'individu de l'un et de l'autre sexe qui n'a point encore atteint l'âge de vingt et un ans accomplis ; 2° le mineur, même non marié, pourra être émancipé par son père, ou, à défaut de père, par la mère, lorsqu'il aura atteint l'âge de quinze ans révolus ; 3° le mineur resté sans père ni mère pourra aussi, mais seulement à l'âge de dix-huit ans accomplis, être émancipé si le conseil de famille l'en juge capable; 4° le mineur âgé de moins de seize ans ne pourra aucunement disposer, qu'avec le consentement et l'assistance de ceux dont le consentement est requis pour la validité de son mariage, et avec ce consentement il pourra donner tout ce que la loi permet à l'époux majeur de donner à l'autre conjoint; 5° le mineur parvenu à l'âge de seize ans ne pourra disposer que par testament, et jusqu'à concurrence seulement de la moitié, des biens dont la loi permet au majeur de disposer; 6° l'homme, avant dix-huit ans révolus; la femme, avant quinze ans révolus, ne peuvent contracter mariage; 7° le fils qui n'a pas atteint l'âge de vingt-cinq ans acomplis; la fille qui n'a pas atteint l'âge de vingt et un ans accomplis, ne peuvent contracter mariage sans le consentement de leurs père et mère ; en cas de dissentiment, le consentement du père suffit. » (Code civil, art. 388, 477, 478, 903, 1095, 904, 144 et 148.)

« 1° Lorsque l'accusé aura moins de seize ans, s'il est décidé qu'il a agi sans discernement, il sera acquitté; mais, etc.; 2° ceux qui auront porté à un hospice un enfant au-dessous de l'âge de sept ans accomplis qui leur aurait été confié, afin qu'ils en prissent soin, ou pour toute autre cause, seront punis d'un emprisonnement de six semaines à six mois, et d'une amende de 16 à 50 francs; 3° ceux qui auront exposé et délaissé en un lieu solitaire un enfant au-dessous de l'âge

de sept ans accomplis ; ceux qui auront donné l'ordre de l'exposer ainsi, si cet ordre a été exécuté, seront, pour ce seul fait, condamnés à un emprisonnement de six mois à deux ans, et à une amende de 16 francs à 200 francs ; 4° si la personne enlevée ou détournée est une fille au-dessous de seize ans accomplis, la peine sera celle des travaux forcés à temps. » (Code pénal, articles 66, 348, 349 et 355.)

« Les enfans de l'un et de l'autre sexe, au-dessous de l'âge de quinze ans, pourront être entendus par forme de déclaration, et sans prestation de serment. » (Code d'instruction criminelle, art. 79.)

Des âges pendant la vie intra-utérine.

Nous comprenons sous ce titre les âges du produit de la conception, depuis le moment où il frappe nos sens, jusqu'à celui de la naissance à terme, c'est-à-dire jusqu'à la fin du neuvième mois. La détermination de l'âge dans cette période de la vie est entièrement basée sur le développement successif des organes, et sur l'étude des caractères qu'ils présentent aux diverses époques de la grossesse : toutefois, comme il serait fastidieux et inutile de décrire tous les changemens que le fœtus éprouve, nous nous bornerons à indiquer ceux qu'il est indispensable de connaître. Plusieurs des caractères dont nous allons parler ne peuvent être constatés qu'après avoir fait l'ouverture du cadavre, opération que l'on ne doit jamais entreprendre sans avoir rempli un certain nombre de conditions que nous indiquerons plus tard. (Voyez *Ouverture des cadavres.*) Qu'il nous suffise de savoir pour le moment qu'en négligeant ces précautions, on risque de perdre le fruit de ses recherches, et de commettre des erreurs graves.

Développement du produit de la conception.

Ce produit est désigné sous le nom d'*embryon* pendant les deux premiers mois de la vie intra-utérine; depuis cette époque jusqu'au terme de la grossesse, il porte le nom de *fœtus*. Les caractères qu'il présente sont loin d'être constans et invariables; en effet, il existe une infinité de causes propres à les modifier : telles sont la disposition, la vigueur du père, l'âge, la constitution de la mère, les passions qui peuvent la tourmenter pendant la grossesse, la saison, le climat, etc.; cependant, dans le plus grand nombre des cas, on observe les résultats suivans :

Huit jours après la conception, on ne trouve dans l'utérus qu'une petite vésicule remplie d'un liquide transparent. Du *quinzième* au *vingtième* jour, l'*embryon* est vermiforme, oblong, renflé au milieu, obtus à une extrémité, et terminé en pointe à l'autre; il est grisâtre, un peu opaque, et long de trois à cinq lignes; il pèse de deux à trois grains. On ne voit aucune proéminence, aucune ouverture; il n'y a point de trace de tête ni de membres; on n'observe qu'une petite saillie séparée du reste par une entaille. Les anatomistes qui disent avoir distingué à cette époque le cœur, le cerveau, des vaisseaux sanguins, etc., se sont évidemment trompés.

A trente jours. L'embryon a été comparé à une grosse fourmi par Aristote, au marteau de l'oreille par Baudelocque, à un grain d'orge par Burton, etc. Il paraît recourbé sur lui-même en forme de croissant; sa longueur varie de trois à sept lignes; son poids est

d'environ dix-neuf grains. La tête est déjà visible, et constitue presque la moitié du corps. Le prolongement rachidien (moelle épinière), distinct dans toute sa longueur, est la seule partie de l'encéphale qui puisse être aperçue. Les paupières, excessivement minces, recouvrent les yeux, qui existent déjà sous la forme de deux points noirs arrondis; deux simples trous également arrondis marquent la place des oreilles; il n'y a point de lèvres; mais la bouche est distincte et marquée par une fente transversale, dont les bords peu rapprochés laissent une ouverture visible jusqu'au troisième mois. Les membres thoraciques, qui se développent un peu avant les abdominaux, ressemblent à des petits mamelons ou à des bourgeons; le bras, l'avant-bras, les mains, les cuisses, les jambes et les pieds ne sont pas encore visibles. La clavicule et chacune des moitiés de l'os maxillaire inférieur présentent déjà un point d'ossification. Le cœur est reconnaissable et ne paraît formé que d'une seule pièce. On voit l'artère aorte et la portion de l'artère pulmonaire, qui formera par la suite le canal artériel. La membrane caduque (épichorion de M. Chaussier), qui existe avant l'arrivée de l'embryon dans la cavité de l'utérus, et qui dans le commencement était demi-fluide, demi-concrète, est alors mollasse, comme charnue, pulpeuse, inorganique, et semblable à un caillot de sang incolore dont la surface serait hérissée de filamens; elle est *simple*, et revet l'intérieur de la matrice et l'extérieur de l'œuf. L'*amnios* est très-mou, et ressemble à la rétine. Le *chorion* apparaît sous la forme d'une membrane forte, opaque, épaisse, plus large

que l'amnios, tomenteuse surtout à sa face externe, qui est hérissée de villosités, véritables flocons vasculaires, veineux et artériels déjà très-apparens, et qui, par la suite, doivent former le *placenta :* ces villosités, dont la racine est simple ou double, naissent de l'œuf par des troncs longs, rameux, semblables au corail, et ne recouvrent guère, à l'époque dont nous parlons, que les trois quarts, les deux tiers, ou la moitié seulement de la surface de l'œuf, tandis que dans les premiers temps celle-ci en était entièrement couverte. Le *placenta* n'existe encore que sous la forme de ces villosités. Il n'y a point de cordon ombilical. La *vésicule ombilicale* est déjà très-apparente, puisqu'on l'a vue avoir à peu près trois lignes à cette époque; elle est de forme ovalaire ou sphérique, à parois minces, contenant un liquide d'abord limpide, puis blanchâtre; elle est d'autant plus grande que l'embryon est plus jeune : on ne connaît pas au juste l'époque de sa formation ; mais on sait qu'à mesure que le cordon ombilical s'allonge, elle reste attachée, entre les membranes du fœtus, à la face fœtale du placenta, près de l'insertion de ce cordon. Les vaisseaux *omphalo-mésentériques* sont également très-apparens : ils consistent en une artère et une veine qui viennent des vaisseaux mésentériques et se ramifient dans l'épaisseur de la vésicule ombilicale. Nous reviendrons sur ces objets en parlant du troisième mois.

A quarante-cinq jours. La longueur de l'embryon est de seize à dix-huit lignes; il pèse de deux à quatre gros. On distingue l'avant-bras, la main, la jambe et le pied. L'ossification des masses apophysaires des pre-

mières vertèbres cervicales commence. Le cubitus, le radius, le tibia, les côtes, le scapulum, l'ilium, l'occipital, les deux parties qui constituent l'os frontal, etc., présentent aussi un point ossifié. Le thorax est court et aplati ; l'abdomen gros et très-saillant. Le méconium, d'une couleur blanchâtre, est contenu dans l'estomac. Le cœcum, s'il n'a pas paru, ne tarde pas à se montrer, et son appendice n'est jamais plus ample et plus long, toute proportion gardée. Le foie s'étend transversalement de l'hypochondre droit jusqu'à l'hypochondre gauche, et, de haut en bas, du diaphragme au point d'insertion du cordon ombilical. Celui-ci est très-gros, parce qu'il renferme, outre les parties qui le forment à la naissance, une portion du canal intestinal, la totalité ou une partie de la vésicule ombilicale, et les vaisseaux omphalo-mésentériques ; il est un peu plus long que le fœtus, et ne présente aucune trace de torsion : il s'attache à la partie inférieure de l'abdomen, par une base fort large.

A deux mois. La longueur du fœtus est de deux pouces à deux pouces et demi ; il pèse d'une once à une once et demie. La tête est très-grosse ; le nez et les oreilles sont encore fermés. Le bras et la cuisse, ainsi que les doigts de la main, ont paru dès la septième semaine. Ce n'est qu'à la fin du deuxième mois que les membres abdominaux commencent à dépasser la queue rudimentaire. Alors se forment les lèvres. La peau, qui, jusqu'à cette époque, semblait avoir été remplacée par un enduit gluant, très-mou et assez transparent pour permettre de voir au travers les organes et surtout les vaisseaux, est mince, facile à déchirer, et sans ap-

parence fibreuse. On voit paraître les branches de l'artère pulmonaire, qui sont d'autant plus petites par rapport à la portion qui doit former le canal artériel, que le fœtus est plus jeune. Le méconium est encore contenu dans l'estomac. On commence à apercevoir l'*épiploon*, qui est situé vers la grande courbure de l'estomac, sous la forme d'une petite proéminence aplatie. Les alvéoles des os maxillaires sont déjà manifestes; chacun d'eux contient une vésicule gélatineuse adhérente à son fond, et qui est le futur noyau de la dent.

A trois mois. Le fœtus est long de cinq à six pouces, il pèse de deux onces et demie à trois onces; la tête est plus grosse et plus pesante que le reste du corps. La pupille est fermée par une membrane appelée *pupillaire*, formant avec l'iris une cloison complète qui sépare entièrement les chambres de l'œil; elle résulte de l'adossement de deux feuillets membraneux contenant dans leur intervalle une multitude de vaisseaux sanguins; on ne peut guère l'apercevoir avant le troisième mois de vie intra-utérine, et elle n'existe ordinairement que jusqu'au septième mois. La bouche est très-grande et ouverte. Le nez est bouché. La peau est encore mince, incolore et transparente, sans la moindre apparence d'enduit sébacé; on ne voit ni cheveux ni poils, ni duvet, ni ongles. Les osselets de l'ouïe ne sont point encore ossifiés. L'ischium présente déjà un point lenticulaire ossifié qui en occupe le milieu. Il n'y a encore ni sinus maxillaires, ni sinus frontaux. Le cerveau, presque fluide jusqu'alors, offre la consistance de la matière caséeuse, sans apparence de sillons

ni de circonvolutions. Le méconium, d'un blanc grisâtre, est encore contenu dans l'estomac; la valvulve iléo-cœcale est déjà visible, et forme une saillie arrondie : il en est de même des appendices épiploïques du colon. Le placenta est très-apparent et très-reconnaissable, il couvre presque la moitié de l'œuf; et, quoiqu'il n'ait pas la consistance qu'il aura par la suite, on lui reconnaît déjà la forme qu'il présente au neuvième mois. Le cordon ombilical s'insère près du pubis; il a la forme d'une colonne torse; il est à peu près aussi long que le fœtus; sa largeur est assez considérable. C'est ordinairement dans le courant du troisième mois que disparaissent la vésicule ombilicale et les vaisseaux omphalo-mésentériques.

Au quatrième mois. La longueur du fœtus est de six à sept pouces; son poids est de cinq à sept onces; *la moitié du corps répond* à plusieurs centimètres au-dessus de l'ombilic. Le volume de la tête comparé au reste du corps est considérable, les fontanelles très-amples, et les commissures du crâne fort larges. On aperçoit la membrane pupillaire. La peau, d'une couleur rosée, ressemble à une membrane satinée extrêmement mince, offrant pour la première fois un léger duvet à sa surface. Les cheveux, fort courts, sont rares, blancs et argentins; on voit à peine quelques traces d'ongles. Les osselets de l'ouïe et les cornets inférieurs du nez sont presque entièrement ossifiés. Le cerveau n'est qu'une masse blanche, molle, homogène, séparée évidemment en deux parties par le sillon interlobulaire. On voit déjà dans le cervelet les lames et les lamelles blanches qui le constituent chez l'adulte. Le méco-

nium se trouve à l'origine de l'intestin grêle. C'est à la fin de ce mois que l'on aperçoit pour la première fois des traces de *pylore;* du reste il n'y a encore ni valvules conniventes, ni bosselures le long du canal intestinal. Les reins sont très-volumineux, et formés chacun de quinze à dix-huit lobes, terminés par un petit pavillon qui se rend dans le bassinet. Les capsules surrénales sont au moins aussi grandes que les reins. C'est ordinairement du troisième au quatrième mois que l'on remarque dans les alvéoles les germes des dents de l'adulte (deuxième dentition), excepté ceux des bicuspidées (premières molaires), qui ne deviennent visibles que du sixième au douzième mois après la naissance.

A cinq mois. La longueur du fœtus est de neuf à dix pouces; son poids d'environ une livre; le cordon ombilical s'insère moins près du pubis qu'au quatrième mois, en sorte que la moitié du corps répond à un point moins élevé au-dessus de l'ombilic. Les paupières sont collées, et la pupille fermée par la membrane pupillaire. La peau est lisse, fine, mince, sans apparence de fibres dermoïdes, ni d'enduit sébacé; elle est d'un *rouge pourpre*, surtout à la paume des mains, à la plante des pieds, à la face, aux lèvres, aux oreilles, aux mamelles, aux plis de l'aîne, des cuisses et des fesses. Les cheveux sont rares, courts, blancs ou de couleur argentine. Les ongles existent déjà sous la forme de lames minces, comme épidermoïdes. Le sternum commence à peine à s'ossifier, tandis que l'ossification est complète dans les osselets de l'ouïe, qui sont presque aussi volumineux que chez l'adulte. Le pubis offre déjà un point

oblong, ossifié, qui en forme le corps, et une partie de la branche transversale. Le calcanéum présente un point osseux dès le quatrième mois et demi : c'est du quatrième au cinquième mois que l'on voit paraître pour la première fois au sommet du noyau gélatineux des dents, des petites lames d'*ivoire* (portion osseuse). Le cerveau est blanc, lisse et mou, surtout à sa partie supérieure; le sillon longitudinal y est très-visible; on n'aperçoit ni circonvolutions, ni substance grise, ni points rouges; la pie-mère est à peine adhérente. La texture du cervelet est plus ferme que celle du cerveau. Les poumons sont très-petits. Le cœur, toute proportion gardée, est très-volumineux, et les oreillettes aussi vastes pour le moins que les ventricules. Le canal artériel, qui, pendant les premiers temps de la vie intra-utérine, avait surpassé en grandeur les deux branches qui, par la suite, doivent former les artères pulmonaires, leur est égal. Le méconium est renfermé dans l'intestin grêle : ce n'est qu'à dater de ce moment que le colon présente l'apparence de bosselures. Les testicules, assez volumineux, sont situés peu au-dessous des reins, près les vertèbres lombaires, sous le péritoine; il en est de même des ovaires.

A six mois. Sa longueur, prise du sommet de la tête aux talons, est de onze à douze pouces; son poids d'environ deux livres; *la moitié du corps répond* à un point moins élevé au-dessus de l'ombilic qu'à l'époque précédente. La grosseur de la tête, comparée au reste du corps, et l'évasement des fontanelles, sont très-marqués. Les paupières sont encore collées; la pupille est fermée par la membrane *pupillaire*. La peau pré-

sente, pour la première fois, des fibres dermoïdes; elle est fine, assez mince, légèrement granulée, *rouge* et même pourpre, surtout aux endroits indiqués en parlant de l'époque précédente; elle offre un léger duvet sur toute sa surface, mais sans aucune trace d'enduit sébacé. Les ongles sont déjà formés, malgré l'assertion contraire de plusieurs auteurs : à la vérité ils sont mous, et quelquefois rougeâtres. Les cheveux sont courts, blancs, argentins, quoique déjà ils manifestent une tendance à se colorer. Le *sternum* présente trois ou quatre points ossifiés, ordinairement disposés suivant la longueur de l'os, et en procédant de haut en bas. On voit un noyau osseux dans l'astragale. Le cerveau est lisse, sans anfractuosités, mou; la pie-mère fort peu adhérente. Les poumons sont petits et rougeâtres : la bronche gauche, plus longue et moins grosse que la droite, est dirigée beaucoup plus obliquement que chez l'adulte. La vésicule biliaire ne contient qu'une petite quantité d'un fluide séreux, presque incolore, qui n'est pas amer. C'est à peu près à cette époque que se forme la substance *corticale* des reins. Le colon présente déjà des bosselures; on ne voit aucune trace de valvules conniventes dans les intestins; le méconium peu abondant ne remplit que le *cœcum* et une petite portion du colon. Les testicules et les ovaires sont situés peu au-dessous des reins, près les vertèbres lombaires, sous le péritoine.

A sept mois. La longueur du fœtus est de treize à quatorze pouces; son poids de trois à quatre livres; *la moitié du corps répond* à un point moins élevé au-dessus de l'ombilic, et par conséquent plus éloigné du sternum qu'au

sixième mois. Les paupières cessent seulement d'être collées ; la membrane pupillaire est sur le point de disparaître. Le thorax est moins court, et l'abdomen moins long et moins ample qu'à l'époque précédente. La peau, qui pendant le cinquième et le sixième mois était d'une couleur pourpre dans plusieurs de ses parties, offre une teinte rosée ; elle est déjà fibreuse et assez épaisse ; on y trouve un assez grand nombre de follicules sébacés sécrétant un fluide onctueux, qui se répand à sa surface pour former l'enduit graisseux, blanchâtre, dont nous avons parlé, et que l'on chercherait en vain à une époque moins avancée de la grossesse. Les ongles, déjà assez consistans, n'arrivent pas jusqu'à l'extrémité des doigts. Les cheveux prennent une teinte blondine. L'ossification a fait des progrès. Le cerveau, moins diffluent que lorsque le fœtus est plus jeune, est d'un blanc jaunâtre, sans apparence de couleur grise ; sa substance est parsemée de vaisseaux sanguins qui lui donnent un aspect rougeâtre sur plusieurs points, lorsqu'on la coupe par tranches. La longueur de l'intestin grêle est à la distance qui sépare la bouche de l'anus comme 7 : 1, ou comme $5\frac{1}{2}$ à 1. Le colon est déjà bosselé, surtout à sa portion transverse. On commence seulement alors à apercevoir les valvules conniventes, sous forme de faibles élévations, qui s'effacent dès qu'on distend le canal intestinal. Le méconium occupe le cœcum et presque tout le gros intestin. Le foie est très-volumineux, peu consistant et d'un rouge assez foncé : le lobe gauche est presque aussi gros que le droit. La vésicule biliaire contient une petite quantité d'un fluide séreux, presque incolore, et dont la saveur commence à peine à être

légèrement amère. Les testicules sont plus rapprochés du bassin qu'au sixième mois.

A huit mois. Le fœtus est long de quinze à seize pouces; son poids est de quatre à cinq livres; la moitié du corps répond à *deux ou trois centimètres au-dessus de l'ombilic.* Les fontanelles sont plus évasées qu'au neuvième mois. Les paupières ne sont plus collées, on ne trouve plus la membrane pupillaire. Les membres thoraciques comparés aux membres abdominaux sont moins longs qu'à l'époque précédente. La peau, déjà enduite de la matière sébacée dont nous avons parlé, est un peu moins rosée qu'au septième mois. On ne découvre aucun point d'ossification au centre du cartilage qui forme l'extrémité inférieure du fémur. La tête et l'abdomen sont encore gros relativement aux autres parties du corps; les ongles et les cheveux sont assez bien formés. Le cerveau présente des sillons superficiels; mais il ne renferme point encore de matière grise; sa substance, plus consistante qu'à l'époque précédente, prend une teinte rougeâtre en raison des vaisseaux sanguins qui la pénètrent. La longueur de l'intestin grêle est à peu près égale à huit fois la distance qui sépare l'anus de la bouche, comme chez l'adulte. Le méconium, assez abondant, remplit la plus grande partie du gros intestin. Les testicules s'engagent dans l'anneau sus-pubien. Les annexes du fœtus n'offrent aucun caractère qui puisse servir à établir qu'il est âgé de huit mois.

A terme. L'enfant présente les caractères suivans : sa longueur, prise du sommet de la tête aux talons, est de dix-huit pouces; son poids est ordinairement de

six à sept livres (1). La tête grosse et assez ferme fait à peu près le quart, et même un peu plus de la hauteur totale du corps; elle a la forme d'un ovoïde irrégulier dont la base serait au sinciput et le sommet au menton; les dimensions de ses diamètres sont, en général: pour l'*occipito frontal*, quatre pouces trois lignes; pour l'*occipito mentonnier*, cinq pouces; pour le *fronto mentonnier*, trois pouces six lignes; pour le *bipariétal* et pour le *sphéno-bregmatique*, qui se mesure de la base du crâne à la fontanelle frontale, trois pouces quatre lignes; pour le *temporal* trois pouces une ligne. La grande circonférence mesurée en suivant la ligne médiane est de quatorze pouces; la petite circonférence, que l'on mesure tranversalement à la hauteur des bosses pariétales, est de dix pouces six lignes. Le crâne est grand et large; les os qui le composent, quoique mobiles, se touchent par leurs bords membraneux. Les fontanelles bien moins évasées qu'aux époques antérieures de la gestation, sont encore assez larges, surtout l'antérieure. Les cheveux, blonds ou noirs, offrent quelquefois un pouce de longueur; ils sont assez épais. La face est petite, étroite et recouverte d'un duvet abondant. Les paupières ne sont plus collées, la membrane pupillaire a disparu; la bouche est assez grande.

---

(1) On a vu des enfans à terme longs de quinze à seize pouces, tandis que la longeur de quelques autres était de vingt-trois pouces; quelques-uns d'entre eux ne pesaient que deux ou trois livres; d'autres, au contraire, pesaient douze ou quatorze livres.

Le thorax est court, aplati, relevé en bas et en avant, si l'enfant n'a pas respiré. L'abdomen est long, ample, arrondi et saillant du côté de l'ombilic; *l'insertion de celui-ci répond un peu au-dessous de la moitié de la longueur totale du corps*, tandis que chez un adulte bien conformé, la moitié du corps mesuré du sommet de la tête aux talons, correspond au bord supérieur du pubis, et un peu au-dessous de l'arcade formée par ces os. Le bassin est étroit et peu développé. Les testicules ont souvent dépassé l'anneau inguinal et peuvent être dans le scrotum. Les membres abdominaux sont courts relativement aux thoraciques, mais beaucoup moins qu'ils ne l'étaient aux époques antérieures de la gestation : ils ne sont égaux à ces derniers que cinq ans après la naissance, si on ne les mesure que jusqu'au talon, tandis qu'ils offrent la même longueur, dès le quatrième mois de vie intra-utérine, si on ajoute la longeur du pied à celle de la jambe et de la cuisse. Les *pieds* forment à peu près le sixième de la longueur totale du corps. La *peau*, d'une couleur pâle légèrement rosée, n'offre de rougeur marquée que dans les endroits de la flexion; elle est douce, gluante et recouverte d'un enduit sébacé, blanchâtre, adhérent et assez épais (*vernix caseosa cutis*); les petits poils sont très-apparens. Les *ongles* se prolongent jusqu'à l'extrémité des doigts, ils ont assez de fermeté.

Le *système osseux* fournit des caractères importans parmi lesquels nous remarquerons les suivans. Le centre du cartilage qui forme l'extrémité inférieure du fémur, présente un point osseux *pisiforme* qui reste

ordinairement cartilagineux jusque vers le huitième mois et demi de vie intrà-utérine. Le calcaneum et l'astragale sont les seuls os du tarse qui soient en partie ossifiés. La branche descendante du pubis et la branche ascendante de l'ischium commencent à s'ossifier; il en est de même du corps de la première vertèbre cervicale et de la première du coccyx : les lames des six premières vertèbres dorsales tendent à s'unir entr'elles. Le carpe est entièrement cartilagineux. L'os maxillaire inférieur est complétement ossifié; il a à peu près le septième de la hauteur de la tête ; le condyle n'est pas plus élevé que le bord alvéolaire, et l'apophyse coronoïde se relève au-dessus de lui de toute sa longueur : aussi le bord postérieur de la branche montante est-il fort oblique. L'ossification des vingt premières dents de lait, qui pour l'ordinaire sont encore renfermées dans les alvéoles, n'est pas également avancée; les huit incisives ont leurs couronnes formées; celles des quatre canines ne sont pas encore achevées; les huit molaires n'ont que leurs tubercules ossifiés; parmi ces tubercules les externes surtout sont plus avancés et déjà réunis entr'eux : les racines ne se forment que lorsque la couronne est achevée, et ne sont visibles que dans les huit incisives. Le noyau gélatineux des dents et les cavités qui le contiennent, sont fort grands. On voit à la surface du cerveau des circonvolutions nombreuses et des sillons assez profonds; *la couleur cendrée est déjà manifeste* dans toutes les parties qui plus tard doivent offrir cette teinte. La base de cet organe et surtout les points correspondant aux cordons nerveux sont assez consis-

taus, tandis que les lobes et la surface convexe conservent beaucoup de mollesse. Le cervelet est plus consistant que le cerveau, la substance grise y est également évidente. La fermeté du prolongement rachidien est encore plus marquée que dans les autres parties de l'encéphale.

L'épaisseur des deux ventricules du cœur est à peu près la même; le trou inter-oriculaire (de Botal) est assez grand, et le repli vasculaire qui doit le boucher est ferme et plus étendu qu'à aucune autre époque de la gestation. Le canal artériel, dont les parois sont assez denses, est très-ample. Les poumons sont en général rouges et volumineux; ils présentent des caractères différens suivant que l'enfant a respiré ou non (*V.* Infanticide). Le thymus, d'une couleur rougeâtre ou fauve, offre encore un volume assez considérable. Le foie occupe presque toute la région épigastrique; le lobe gauche est presque aussi volumineux que le droit, il a plus de consistance qu'auparavant. La vésicule biliaire contient de la bile amère. Le gros intestin est rempli de méconium; l'intestin grêle est douze fois aussi long que la distance qui sépare la bouche de l'anus, tandis que chez l'adulte ce rapport n'est que de 8 à 1. Le gros intestin est également un peu plus long, toute proportion gardée, que chez l'adulte. Le colon, et surtout sa portion transverse, présentent des bosselures assez prononcées. Les *reins* offrent encore des traces manifestes des lobes nombreux qui les formaient dans les premiers temps de la grossesse; ils sont surmontés des capsules surrénales, dont le volume est toujours assez considérable;

les uretères sont très-développés. La vessie est pyriforme, située hors de l'excavation pelvienne, dépourvue de bas fond; le trigone vésical est presque vertical, et l'orifice de l'urètre forme la partie la plus déclive de l'organe.

Les organes des sens et de la génération pourraient encore nous fournir quelques caractères pour juger si un enfant est à terme; cependant, comme ils sont moins saillans que les précédens, nous n'en ferons point mention : attachons-nous de préférence à décrire l'état des annexes à cette dernière époque de la grossesse.

Le *placenta* représente un disque ordinairement ovoïde, spongieux, vasculaire, de six à huit pouces de diamètre, épais de douze à quinze lignes au centre, et de quelques lignes seulement à la circonférence; il est formé de plusieurs lobes qu'enveloppe une tunique fort mince. La membrane *chorion* est incolore, lisse, transparente, dense, serrée et recouverte sur plusieurs de ses points d'une portion de la membrane caduque, qui est mince, molle, grisâtre et cotonneuse. La membrane *amnios*, moins mince que le chorion, est demi-diaphane, d'un blanc comme laiteux, élastique et assez tenace. L'eau de l'*amnios* est trouble, laiteuse, et tient en suspension des flocons caséiformes, tandis qu'elle est claire et transparente au commencement de la grossesse. Le *cordon ombilical* est composé de la veine et des artères ombilicales, de l'ouraque, d'une substance molle gélatiniforme dont la quantité varie, de la gaine membraneuse fournie par l'amnios, et quelquefois des vaisseaux omphalo-mésentériques; il offre à

peu près la longueur du fœtus, et la grosseur du petit doigt; sa forme est celle d'une colonne torse, présentant des bosselures de distance en distance. La *vésicule ombilicale* et les vaisseaux *omphalo-mésentériques*, ont disparu dans le plus grand nombre de cas.

QUATRIÈME LEÇON.

Des Ages pendant la vie extra-utérine.

Nous partagerons la vie extra-utérine, avec la plupart des auteurs, en cinq époques, savoir : la première enfance, la deuxième enfance, l'adolescence, l'âge adulte et la vieillesse; la première enfance commence à la naissance et finit à la septième année. La deuxième enfance comprend l'espace qui sépare le commencement de la huitième année de la douzième année pour les filles, et de la quinzième pour les garçons. L'adolescence commence alors et finit à vingt-cinq ans. Depuis cette époque, jusqu'à la soixantième année on est dans l'âge adulte. Enfin, c'est à soixante ans que commence la vieillesse.

PREMIÈRE ENFANCE.

La première enfance a été subdivisée en trois époques : 1° depuis la naissance jusqu'à sept mois; 2° depuis le septième mois jusqu'à la fin de la deuxième année; 3° depuis le commencement de la troisième année jusqu'à la deuxième enfance.

Première époque : depuis la naissance jusqu'à sept mois. On ne saurait attacher trop d'importance à re-

connaître l'âge d'un enfant né depuis peu de jours; nous dirons en effet, en parlant de l'*infanticide*, qu'il suffit quelquefois de déterminer approximativement qu'un enfant est né depuis cinq, dix, quinze ou vingt jours, pour prouver qu'il n'appartient pas à une femme que l'on accuse de l'avoir tué, après l'avoir mis au monde. Or des questions de cette nature ne se présentent que trop souvent devant les tribunaux, qui, à défaut de preuves testimoniales, ne peuvent les résoudre que d'après les rapports des médecins : c'est ce qui nous engage à les traiter avec détail. Nous examinerons successivement les changemens qu'éprouvent le cordon ombilical, la peau, l'épiderme, le système osseux et certains viscères.

Cordon ombilical. On trouve dans les auteurs de médecine légale, que l'existence du cordon ombilical annonce que l'enfant est né depuis peu, tandis qu'on peut croire qu'il a vécu cinq jours environ, si le cordon est tombé; que, lorsqu'il est frais, humide, spongieux, bien adhérent au nombril, la mort a suivi de très-près la naissance; et qu'enfin il a joui pendant quelque temps de la vie, si le cordon est flétri, sec, brunâtre, détaché en partie ou en totalité, s'il y a au nombril une cicatrice complète ou un cercle rougeâtre qui suppure encore. Le cordon ombilical, étant sans contredit la partie du corps qui peut fournir les caractères les plus propres à reconnaître l'âge de l'individu dans la première période de la vie, on a lieu de s'étonner que l'histoire de sa chute n'ait été mieux approfondie; nous avons tenté de remplir cette lacune en étudiant l'organe dont il s'agit sur un assez grand nombre de su-

jets, depuis la naissance jusqu'au vingt-huitième jour. Voici les résultats de ce travail (1).

Enfans vivans. — *Observation* 1re. Une heure après la naissance, le cordon, d'une couleur verdâtre et non rempli, était un peu flétri et sali par le méconium; la ligne de démarcation était rouge (2). A la neuvième heure, il était plus flétri, et il offrait un volume moindre. A la vingt-unième heure, il était très-flétri, et desséché à son extrémité; la ligne de démarcation était moins rouge. A la vingt-huitième heure, il y avait un suintement sur la ligne de démarcation qui déjà était pâle. A la quarante-cinquième heure, la flétrissure était complète sans dessiccation; la peau de l'abdomen rougissait autour de la ligne de démarcation.

Observation IIe. A la première heure, le cordon était frais, bleuâtre, plein, arrondi; la ligne de démarcation était assez rouge. A la sixième heure, il était frais, aplati et diminué d'un tiers. A la vingtième heure, il était plat, humide dans toute son étendue; la ligne de démarcation était moins rouge et suintante. A la vingt-huitième heure, il était flétri, verdâtre; la ligne de démarcation était pâle et suintante. A la quarante-huitième heure, la flétrissure était complète; la peau

(1) Nous devons des remercîmens à MM. West et Théodore Léger, qui ont bien voulu suivre ces observations avec soin; le premier, sur des enfans vivans, et l'autre, sur des enfans morts.

(2) Nous entendons par ligne de démarcation, cette ligne, en quelque sorte mathématique, qui sépare la base du cordon de la peau de l'abdomen.

rougissait et s'enflammait autour de la ligne de démarcation.

Observation IIIe. A la cinquième heure, le cordon était arrondi, bleuâtre, plein; la ligne de démarcation était rouge. A la quinzième heure, il était aplati, humide; démarcation de la même couleur. A la quarantième heure, il était flétri, desséché à l'extrémité; la ligne de démarcation était rose. Au quatrième jour, il était à demi séparé à sa base; la peau était enflammée tout autour de la ligne de démarcation et suppurait. Cinquième jour, chute complète. Sixième jour, le suintement était presque tari. Septième jour, la cicatrisation était achevée.

Observation IVe. A la première heure, le cordon était bleuâtre, plein, frais; la ligne de démarcation était rouge. A la vingt et unième heure, il était flétri; la peau, au lieu de faire l'entonnoir, est repliée et renfoncée. A la quarante-huitième heure, il est flétri, desséché et renfoncé; la ligne de démarcation est pâle et sèche. Au commencement du quatrième jour, la base se détache, et la chute a lieu au bout de quelques heures. Au cinquième jour, il y a un léger suintement et fort peu de rougeur.

Observation V^{e}. A la troisième heure, le cordon est plein, bleu; la ligne de démarcation est rouge. A la quatorzième heure, il est aplati et sans fraîcheur. A la vingt-neuvième heure, il est desséché, verdâtre et renfoncé; la ligne de démarcation est rouge.

Observation VIe. A la treizième heure, il est flétri, aplati; la ligne de démarcation est incolore. A la trente-huitième heure, il est flétri, à demi desséché; sa

base est très-suintante ; le pourtour en est rouge. A la soixantième heure, il est flétri, sec et se détache du pourtour de la base qui est purulente.

Observation VIIe. A la fin du quatrième jour, chute complète du cordon. Au sixième jour, cicatrice à sécrétion muqueuse. Cette sécrétion est à peine tarie le huitième jour.

Observation VIIIe. Au cinquième jour, chute complète. Au sixième, suppuration, rougeur de la peau. Au huitième, cicatrice avec sécrétion muqueuse. Au neuvième, cicatrice complète.

Observation IXe. Chute complète, à la fin du sixième jour. Septième jour, suppuration au fond de la cicatrice ; le pourtour est rouge et excorié. Au dixième jour, il y a encore un peu d'inflammation et d'humidité.

Enfans morts. — *Observation* Ire. Cinq enfans morts au troisième jour après leur naissance offrent une rougeur plus ou moins étendue autour de l'insertion du cordon ombilical : celui-ci est mou ; à son point d'insertion, l'épiderme de l'abdomen s'enfonce circulairement, perd sa qualité d'épiderme pour se rapprocher des membranes muqueuses, sécrète une mucosité peu abondante, puriforme ou roussâtre. Les tégumens sont légèrement tuméfiés autour de cet enfoncement et forment une sorte d'anneau cutané. Les vaisseaux, sans être aucunement oblitérés, se continuent dans la portion flétrie ; là seulement leurs parois sont rapprochées et comme revenues sur elles-mêmes. La veine contient toujours plus ou moins de sang liquide ou coagulé. Les artères chez deux sujets seulement contenaient un peu de sang en caillots.

Observation IIe. Trois enfans morts au quatrième jour sont à peu près dans le même état que les précédens; cependant l'anneau cutané paraît plus prononcé, et la rougeur circulaire semble se perdre dans la couleur générale de la peau de l'abdomen.

Observation IIIe. Chez six enfans morts au cinquième jour, l'enfoncement circulaire qui se trouve entre l'anneau cutané et le cordon, et dont la surface sécrète une sorte de pus, est plus profond que chez les sujets précédens. L'anneau cutané est renforcé par une virole ou second anneau aponévrotique formé par l'aponévrose abdominale épaissie à cet endroit : cette sorte de virole recouverte par l'anneau cutané, embrasse les vaisseaux d'une manière lâche dans la partie abdominale interne, et les resserre assez fortement à la partie extérieure. La portion du cordon qui est immédiatement au-dessus de cet anneau aponévrotique, est humide, baignée par une humeur puriforme dans l'espace de deux lignes environ; dans ce même espace, il est un peu plus mince, et la portion desséchée forme un petit bourrelet circulaire et dur à l'extrémité adhérente à la portion humide. Les vaisseaux se prolongent dans la portion desséchée; leurs parois sont un peu plus épaisses dans la partie humide, et revenues sur elles-mêmes.

Observation IVe. Chez six autres sujets morts au sixième jour, le cordon différait à peine des précédens; seulement la portion humide qui était au-dessus de la virole aponévrotique, paraissait plus fibreuse et plus mince, surtout au point de réunion avec le bourrelet circulaire et dur ont nous d'avons parlé plus haut, qui par conséquent semblait plus prononcé.

Observation v^e^. Huit enfans, morts au septième jour, offrent un cul-de-sac muqueux formé par l'épiderme de cette portion, qui, comme nous l'avons déjà dit, se rapproche des membranes muqueuses ; ce cul-de-sac, placé entre la virole aponévrotique et la base du cordon, pénètre dans les parois abdominales ; il est plus profond et plus prononcé encore que chez les sujets précédens. Les parois des artères et de la veine sont épaissies sans rétrécissement de leur calibre.

Observation VIe. Sur trois enfans morts au huitième jour, deux seulement offraient encore le cordon qui n'adhérait que par la veine. Les artères étaient rompues au niveau de l'anneau cutané, et s'ouvraient sans oblitération, dans la partie inférieure du cul-de-sac muqueux ; un putrilage jaune en marquait l'ouverture et se trouvait dans l'intérieur de ce cul-de-sac. La veine était vide. Chez le troisième enfant, le cordon est détaché ; les vaisseaux s'ouvrent dans le cul-de-sac qui n'est plus alors, ou du moins, ne paraît être qu'un repli de la peau, froncé à son ouverture et s'enfonçant sous les parois de l'abdomen.

Observation VIIe. Trois enfans, morts au neuvième jour, présentaient une disposition analogue. Chez l'un d'eux, le cordon desséché n'était pas encore tombé, et les vaisseaux n'étaient pas rompus. Chez un autre, les artères étaient rompues et couvertes d'un putrilage jaune ; en tirant médiocrement le cordon desséché, on achevait de le détacher ; alors il y a eu une rétraction ; et le cul-de-sac dont nous avons parlé s'est fortement prononcé. Chez le troisième, le cordon était tombé.

Observation VIIIe. Deux enfans, morts au onzième jour, permettent de distinguer dans le cul-de-sac muqueux, qui a paru plus profond que chez les sujets précédens, un petit tubercule sous lequel s'ouvre la veine par un très-petit orifice ; plus loin elle s'élargit et renferme chez l'un du sang liquide, chez l'autre deux petits caillots. Les artères s'ouvrent un peu au dessous; leurs parois, ainsi que celles de la veine, sont épaissies, leur orifice est resserré par cet épaississement : elles reprennent plus loin leur calibre ordinaire et renferment une matière purulente concrète qui baigne aussi le fond du cul-de-sac. Les mêmes phénomènes ont été observés sur un enfant mort au douzième jour. Le cul-de-sac était moins profond et la suppuration bien moins abondante chez un enfant mort au quatorzième jour.

Observation IXe. Chez un enfant mort au quinzième jour, on trouve un peu d'humidité au fond du cul-de-sac; il n'y a point de pus. Les vaisseaux ne sont pas oblitérés; ils sont vides, leur ouverture est seulement froncée.

Observation X^{e}. Chez un enfant mort au dix-huitième jour, l'orifice du cul-de-sac est tellement rétréci par le froncement de l'anneau cutané, que son ouverture extérieure laisse à peine suinter un peu de mucosité.

Observation XIe. Deux enfans morts au vingtième jour offraient le même état, excepté que sur l'un d'eux on n'a pas découvert de suintement, mais bien une légère pellicule analogue à celle qui se forme sur les cicatrices, et qui recouvrait l'orifice du cul-de-sac muqueux froncé.

Observation XII[e]. Deux enfans morts au vingt-deuxième jour. Chez l'un on voyait le suintement déjà indiqué; chez l'autre le travail de la cicatrice était plus avancé que chez l'enfant mort au vingtième jour. Le cul-de-sac muqueux se réduisait à rien. Les vaisseaux étaient blancs et offraient déjà l'aspect du cordon fibreux dans lequel ils se changent plus tard en cet endroit.

Observation XIII[e]. Trois enfans morts le vingt-cinquième jour. Le suintement est encore sensible chez l'un d'eux. La cicatrice est achevée chez les deux autres; seulement la portion saillante de l'ombilic, autour de laquelle l'anneau cutané s'enfonce dans les parois abdominales, est rougeâtre, et l'épiderme de l'abdomen se détache par écailles autour de l'ombilic. On a encore pu apercevoir quelque apparence de suintement chez un enfant mort au vingt-huitième jour: on ne l'a jamais rencontré passé cette époque.

Peau et chute de l'épiderme. Si la peau du cadavre est molle, unie, rose, recouverte d'un enduit sébacé blanchâtre, on est porté à croire que la mort a suivi de très-près la naissance. Si la matière qui forme cet enduit est desséchée et fanée, il est permis de supposer que le nouveau-né a été exposé pendant quelque temps à l'air. Si la peau est rude, terne, jaunâtre, sans enduit, on peut soupçonner que l'enfant a vécu pendant quelque temps. Si l'*épiderme* tombe en desquammation, ou s'enlève par petites écailles, par fragmens membraneux, l'enfant a joui pendant quelque temps de la vie, d'après MM. Chaussier, Capuron, etc. Le caractère tiré de la chute de l'épiderme nous ayant

paru susceptible d'être mieux précisé, nous avons tenté, de concert avec M. Thierri, interne à l'hospice des Enfans-Trouvés, quelques reherches dont nous allons exposer les résultats. La *chute* de l'épiderme n'a lieu qu'après qu'il a été *soulevé*, et ce *soulèvement* est lui-même précédé d'un travail que l'on pourrait appeler *préparatoire*.

Travail préparatoire à la chute de l'épiderme. Chez quatre enfans nouveau-nés, bien portans, l'épiderme a semblé se séparer ou se fendre dans plusieurs régions avant de se soulever : c'est sur le tronc que l'on a observé ce travail qui prélude au soulèvement de l'épiderme ; les fentes de cette pellicule correspondaient aux plis de la peau. Cette disposition a été remarquée du *sixième* au *onzième* jour.

Soulèvement de l'épiderme. Quinze enfans affectés de maladies peu graves, âgés de cinq à quinze jours, ont présenté les résultats suivans : l'épiderme a commencé à se fendre du *sixième* au *onzième* jour ; après cette époque, celui qui recouvrait les régions mammaires, les hypocondres, se soulève sous forme de larges plaques ; ces parties sont toujours le théâtre primitif du soulèvement de l'épiderme ; quelques jours après, la partie interne des cuisses, les bras, les avant-bras sont successivement le siége de cette opération de la nature. Vers le *vingtième*, quelquefois vers le *vingt-sixième* ou le *trentième jour*, l'épiderme de toutes les parties du corps est soulevé.

Chute de l'épiderme. L'épiderme du *tronc* se détache en premier lieu. Il est bientôt suivi de celui des autres parties du corps, excepté de celui de la *paume des*

mains et de la *plante des pieds* qui tombe beaucoup plus tard. Ce n'est que du *trente-cinquième* au *quarantième jour* que cette exfoliation est achevée. S'il survient pendant l'époque fixée par la nature une gastro-entérite, une pneumonie, etc., la chute de l'épiderme est suspendue, et les enfans meurent à l'âge de quarante-six, de cinquante jours, et même de trois mois, le corps couvert d'épiderme soulevé.

Deux enfans venus au monde, sans être à terme, ayant vécu huit jours, n'ont offert aucune trace de cette desquammation de l'épiderme. Les enfans qui meurent d'induration du tissu cellulaire, et qui ont vécu pendant plus ou moins de quinze jours, sont dans le même cas : est-ce en raison de la faiblesse extrême de ces enfans chez qui les phénomènes de la vie sont si peu développés ?

L'épiderme tombe sous forme de larges plaques à la partie antérieure du tronc, à la partie interne des cuisses, des bras; aux régions dorsales et lombaires, sur les joues c'est une sorte de poussière furfuracée qui semble se reproduire dans les premiers temps de l'enfance.

Des portions de peau appartenant à la région mammaire ont été étendues sur une planche sèche, et y ont séjourné pendant quinze jours. L'épiderme qui commençait à se soulever lorsqu'on l'arrachait, entraînait avec lui une autre pellicule à laquelle il était adhérent.

Système osseux et dentaire. Vers le cinquième mois on trouve les premiers linéamens de l'os dans le cuboïde du tarse. L'ossification des dents de la deuxième dentition, qui sont encore contenues dans les alvéoles,

commence pour les incisives et pour la première grosse molaire entre trois et six mois.

Viscères. Si l'estomac ne contient que peu de mucosités, si le gros intestin est encore rempli de méconium, s'il y a beaucoup d'urine dans la vessie, la mort a probablement suivi de très-près la naissance; l'enfant au contraire sera présumé avoir vécu pendant quelque temps, si l'estomac renferme du lait ou d'autres substances alimentaires, s'il n'y a plus de méconium dans l'intestin ni d'urine dans la vessie.

Les caractères suivans indiqués par M. Fodéré et par d'autres auteurs de médecine légale, nous paraissent tout au plus devoir être considérés comme secondaires dans la solution du problème qui nous occupe. Jusqu'au quarantième jour, l'enfant est faible et petit; sa tête est molle et plus ou moins penchée en avant, en arrière ou sur les côtés, suivant sa vigueur naturelle. La fontanelle antérieure est d'autant plus molle qu'il s'approche moins du quarantième jour. Ses yeux sont peu sensibles à la lumière; il ne voit ni n'entend; ses cris ont fort peu d'étendue; la chair est molle, le nombril saillant. Du deuxième au cinquième mois ses pleurs sont plus marqués; sa tête est redressée; ses traits formés: il est plus coloré; ses yeux cherchent la lumière ou les objets brillans; il s'agite à l'occasion d'un bruit très-fort; le sommeil a plus de durée; il a plus besoin de téter; enfin sa stature est plus marquée. Du sixième au septième mois, il témoigne du plaisir à voir sa nourrice et d'autres personnes; il porte ses doigts et tous les corps durs à la bouche; il mâche le pain avec facilité. (*Fodéré*, Médecine légale, t. I, p. 10.)

La connaissance des maladies auxquelles l'enfant est sujet pendant cette époque de la vie, nous semble encore beaucoup moins propre à résoudre le problême que les caractères dont nous venons de parler en dernier lieu ; aussi ne ferons-nous pas l'énumération de ces affections.

Deuxième époque. Depuis le septième mois jusqu'à la fin de la deuxième année. Cette époque est caractérisée par l'éruption des dents et par les changemens qu'éprouve le système osseux.

Eruption des dents infantiles ou de lait, au nombre de vingt. Elle n'a lieu que lorsque la formation de leur racine est déjà assez avancée, et commence *le plus souvent* entre le sixième et le quatorzième mois. Il est rare que les enfans viennent au monde avec des dents ; cependant on en a vu qui en avaient deux, quatre et même six à l'époque de la naissance ; quelquefois aussi l'éruption n'a lieu qu'au bout de deux ou trois ans, et même plus tard. Baumes dit avoir connu un homme qui n'avait jamais eu de dents. L'éruption se fait ordinairement dans l'*ordre* suivant : les incisives moyennes inférieures, les incisives moyennes supérieures, les incisives latérales inférieures, les incisives latérales supérieures : on a cependant vu quelquefois les incisives latérales pousser avant les moyennes ; viennent ensuite les premières molaires inférieures, les premières molaires supérieures, les canines d'en bas, celles d'en haut, les deuxièmes molaires inférieures, et enfin les deuxièmes molaires supérieures. C'est à tort que les auteurs ont indiqué la sortie des canines avant celle des premières molaires ; car si on l'observe quelquefois,

le contraire a plus souvent lieu ; on voit même dans certains cas les deuxièmes molaires pousser avant les canines. Il est des circonstances rares où ces dernières poussent avant les incisives ; on voit encore quelquefois les dents de la mâchoire supérieure sortir avant celles d'en bas : d'autres fois les dents poussent toutes en même temps. En général il n'y a que quelques jours d'intervalle entre la sortie d'une dent d'un côté de l'os et de la dent correspondante de l'autre côté.

Les incisives paraissent au dehors entre le huitième et le douzième mois. Les premières molaires sortent entre dix-huit mois et deux ans ; les canines et les deuxièmes molaires ne tardent pas à les suivre : ces dernières ont paru ordinairement à deux ans et demi. On distinguera les vingt dents de lait des dents correspondantes de la deuxième dentition aux caractères suivans : les incisives et les canines infantiles sont plus petites que les incisives et les canines de l'adulte : les premières molaires supérieures offrent quatre tubercules à leur couronne, et leur racine a trois divisions, dont deux sont réunies entre elles ; les secondes molaires supérieures ont une couronne à cinq tubercules, leur racine présente trois divisions séparées et divergentes : les premières et les deuxièmes molaires inférieures ont une racine à deux divisions ; mais dans les deuxièmes molaires, l'une des divisions est double et offre deux trous. Les premières et les deuxièmes molaires de la seconde dentition n'ont que deux tubercules à leur couronne, ce qui leur a fait donner le nom de bicuspidées ; leur racine est simple et un peu fourchue au bout.

L'ossification de la dent canine de la deuxième dentition commence du septième au dixième mois.

Système osseux. La partie moyenne de l'apophyse coracoïde du *scapulum* s'ossifie à peu près à *un an* ; on voit à cette même époque un point osseux dans le grand os et dans l'os crochu du carpe, dans les cartilages de l'extrémité inférieure de l'humérus et du cubitus, dans les têtes du fémur et de l'humérus, dans le cartilage supérieur du tibia, dans l'os cunéiforme du tarse, dans la deuxième vertèbre du coccyx. Les lames des vertèbres sont unies entre elles, de manière que les deux masses apophysaires forment un seul arc postérieur, excepté dans les deux premières vertèbres du cou, dans les lombaires et dans celles du sacrum. A *deux ans*, on découvre un petit point osseux dans le cartilage inférieur du radius, au milieu du cartilage de l'extrémité inférieure du tibia et du péroné; on voit aussi le noyau osseux qui doit former le bord externe de la *poulie de l'humerus.* (*Béclard*, Mémoire sur l'ostéogénie, dans le Nouveau Journal de Médecine, année 1819.)

Nous rejeterons, comme caractères de la période de la vie dont nous parlons, les maladies auxquelles l'enfant est exposé, et nous n'attacherons qu'une médiocre importance à des phénomènes d'un autre genre mentionnés par les auteurs, et que nous allons faire connaître : à *un an*, l'enfant commence à articuler des sons; il est jaloux de sa nourrice; il n'éprouve plus ce mouvement semblable au hoquet qu'il avait souvent dans les premiers mois; il commence à pouvoir retenir ses excrémens; il balbutie des mots; les mouvemens sont plus sûrs et la progression moins chancelante.

TROISIÈME ÉPOQUE : depuis deux ans jusqu'à sept. *Éruption et ossification d'autres dents.* Les troisièmes dents molaires paraissent entre quatre et cinq ans; elles ne doivent pas tomber avec les dents de lait. L'ossification des deux petites molaires de la *seconde dentition* commence dès l'âge de trois ans, et celle de la seconde grosse molaire six mois après.

Chute des vingt dents de lait. Ces dents tombent ordinairement vers l'âge de sept ans et sont remplacées par d'autres; leur chute se fait à peu près dans le même ordre que l'éruption; toutefois elle n'est complète qu'au bout de plusieurs années; ainsi l'on remarque souvent que la première, la deuxième molaire et la canine, ne sont pas encore tombées à l'âge de douze ou de treize ans. Presque toujours les racines des dents sont détruites en partie ou en totalité, au moment de la chute; la couronne est aussi très-sensiblement usée à la surface libre. On peut tirer de l'usure plus ou moins grande de ces parties, et surtout de celle des racines, des caractères assez importans pour apprécier approximativement l'âge dans cette période de la vie. Ce que nous venons de dire de la chute des dents de lait, n'est pas tellement constant qu'il n'y ait point d'exceptions : M. Duval a rencontré les deux incisives moyennes *infantiles* de la mâchoire inférieure, chez deux personnes de quarante ans; elles étaient un peu plus jaunes et un peu plus courtes que celles qui avaient été remplacées. M. Murat a vu un jeune homme de dix-sept ans, qui n'avait perdu que cinq dents de lait.

Système osseux. A *deux ans et demi*, on remarque

un point d'ossification dans la grande tubérosité de la tête de l'humérus, dans la rotule, dans l'extrémité inférieure des quatre derniers os du métacarpe. Les masses apophysaires de la première et de la deuxième vertèbres cervicales, des dernières lombaires et des inférieures du sacrum, sont unies entre elles. A *trois ans*, le trochanter et l'os pyramidal du carpe, commencent à s'ossifier. A *quatre ans* il existe un noyau osseux dans le deuxième et le troisième os cunéiformes du tarse. A *quatre ans* et *demi*, la petite tubérosité de la tête de l'humérus et le cartilage supérieur du péroné présentent un point d'ossification; les masses apophysaires des vertèbres sont assez unies entre elles pour compléter l'arc postérieur. Le trapèze, l'os lunaire du carpe et le scaphoïde du tarse, offrent un noyau osseux à *cinq ans*. A *six ans*, la branche descendante du pubis et la branche ascendante de l'ischium se rencontrent. A *sept ans*, il existe une épiphyse pour l'épitrochlée de l'humérus, et une épiphyse mince dans l'extrémité supérieure des phalangines des doigts.

Il nous semble inutile d'ajouter que pendant cette période de la vie les sens se perfectionnent successivement, les membres reçoivent des formes plus prononcées, etc.; des caractères de cette nature, outre qu'ils sont connus de tout le monde, ne présentent pas assez de précision pour déterminer l'âge d'un enfant à deux ou trois ans près.

DEUXIÈME ENFANCE.

La deuxième enfance commence avec la huitième année et finit à douze ans pour les filles et à quinze

ans pour les garçons, c'est-à-dire à l'époque de la puberté. C'est particulièrement dans les premiers temps de cette période que se fait la chute des dents de lait, dont nous avons fait mention à la page 72. Les quatrièmes molaires paraissent entre la huitième et la neuvième année; elles ne doivent pas tomber avec les dents de lait. L'ossification de la cinquième molaire (dent de sagesse) commence vers dix ans. Les incisives, les canines, la première et la deuxième molaires de la deuxième dentition, sortent depuis sept jusqu'à dix ou onze ans, après la chute des dents de lait qu'elles remplacent; ordinairement la canine ne pousse qu'après les deux molaires.

Système osseux. A *huit ans*, on voit un point osseux dans le scaphoïde du carpe; entre huit et neuf ans, il en existe un très-mince dans le cartilage supérieur du radius. A *neuf ans*, on en aperçoit un dans le trapézoïde du carpe, et les trois points primitifs de l'os coxal (l'ilium, l'ischium et le pubis) se rencontrent vers le fond de la cavité cotyloïde. A *dix ans*, le cartilage qui surmonte l'olécrâne offre un point osseux. Le pisiforme du carpe commence à s'ossifier à *douze ans*, époque à laquelle on voit aussi un point osseux dans le bord interne de la poulie de l'humérus. A *treize ans*, les trois portions de l'os coxal peuvent encore être séparées; mais bientôt après, elles se confondent; il y a un point ossifié dans la petite tubérosité de la tête du fémur : le col de cet os est également ossifié. Les cartilages du larynx ne tardent pas à devenir osseux, le cricoïde et le thyroïde d'abord, puis les aryténoïdiens.

Est-il nécessaire de faire remarquer que pendant cette

période de la vie les facultés intellectuelles, et surtout la mémoire acquièrent un grand développement; que les os deviennent plus compactes et que le corps prend son accroissement en longueur?

ADOLESCENCE.

L'adolescence comprend l'espace qui sépare la douzième année de la vingt-unième chez les femmes, et la quinzième de la vingt-cinquième chez les hommes. Elle s'annonce chez ces derniers par le développement des organes génitaux, la sécrétion du sperme, l'agrandissement du thorax, la force de la voix, qui jusqu'alors avait été grêle et qui devient grave et sonore; le pubis, les aînes et les aisselles se recouvrent de poils, la barbe paraît quelque temps après. Chez la femme on observe que les mamelles se développent, que la menstruation s'établit, que le pubis et les aisselles se recouvrent également de poils; les changemens de la voix sont moins sensibles que chez l'homme. Cette époque a été subdivisée par Zacchias en trois périodes, qu'il a désignées sous les noms de *puberté commençante*, de *puberté entière* et de *puberté achevée*.

La cinquième molaire (dent de sagesse) paraît ordinairement à dix-huit, vingt ou vingt-cinq ans, toutefois il y a des exemples d'éruption beaucoup plus tardive, puisqu'Hamilton rapporte qu'un homme mourut à l'âge de quatre-vingts ans, par suite de ce travail. Le *système osseux* éprouve des changemens notables pendant cette époque. A *quinze ans*, l'apophyse coracoïde de l'omoplate s'unit à cet os au-dessus de la cavité glénoïde, et l'on aperçoit déjà à son

sommet plusieurs points osseux irréguliers. Entre la quinzième et la seizième année, l'épiphyse de l'apophyse olécrâne se soude au reste de l'os. A *seize ans*, on voit des épiphyses dans le cartilage qui forme le pourtour de l'os coxal : l'épicondyle de l'humérus offre un point osseux. Entre la seizième et la dix-septième année, les cinq épiphyses des phalangettes des orteils se réunissent à l'os : il en est de même à dix-sept ans pour les épiphyses postérieures des phalangines des orteils. A *dix-huit ans*, l'épitrochlée, les trois épiphyses de l'extrémité supérieure du fémur, les épiphyses des extrémités postérieures des phalanges des orteils et des extrémités supérieures des phalangines des doigts se réunissent au corps des os. De dix-huit à dix-neuf ans, les épiphyses des extrémités antérieures des quatre derniers os métatarsiens se confondent avec le corps de l'os ; il en est de même à *dix-neuf ans*, pour l'épiphyse supérieure du premier os métacarpien, et pour les épiphyses des extrémités supérieures des phalanges des doigts. De dix-neuf à vingt ans, les épiphyses des extrémités inférieures des quatre derniers os métacarpiens se réunissent aux os. A *vingt ans*, il y a une épiphyse mince à l'extrémité sternale de la clavicule ; les deux épiphyses supérieure et inférieure du péroné se réunissent à l'os ; il en est de même après vingt ans pour l'épiphyse inférieure du fémur. A *vingt-cinq ans*, l'épiphyse de l'extrémité sternale de la clavicule et la crête de l'ilium se confondent avec le corps de ces os.

On objectera sans doute que les caractères fournis par l'ostéogénie offrent l'inconvénient de ne pouvoir être constatés qu'après la mort ; mais nous obser-

verons que dans la plupart des cas où le médecin est obligé de résoudre une question relative à l'âge, l'individu n'est plus vivant. Peut-être demandera-t-on aussi si nous prétendons que les changemens éprouvés par les os arrivent constamment aux époques indiquées dans cet article? Assurément non; il est impossible que la nature ne présente pas des variétés à cet égard, mais il suffit que, dans le plus grand nombre de cas, ces changemens soient tels que nous les avons décrits d'après M. Béclard, pour devoir attirer l'attention des médecins.

AGE ADULTE.

L'âge adulte comprend la jeunesse qui finit à quarante ans, et la virilité qui s'étend depuis la quarantième jusqu'à la soixantième année. Il est extrêmement difficile de préciser l'âge pendant cette période de la vie : dirons-nous, avec les auteurs, que le ventre grossit, que la barbe est plus touffue et plus rude, que les poils et les sourcils sont plus multipliés, que les cheveux blanchissent et deviennent plus rares, que le front se ride? Ces caractères et beaucoup d'autres que nous passons sous silence, offrent des différences tellement grandes sur les différens sujets, qu'ils induisent souvent en erreur, et que malgré l'habitude que l'on a de juger les âges d'après leur ensemble, on se trompe quelquefois de cinq, huit ou dix ans. L'usure des dents présente-t-elle quelque chose de plus certain? Il semblerait, au premier abord, que l'usure ayant lieu chez tous les individus et suivant les progressions de l'âge, on dût la faire servir avantageusement à reconnaître ce-

lui-ci; mais si l'on observe que tous les individus ne mâchent pas également les alimens qu'ils prennent, que la quantité de ces alimens varie, qu'il est des personnes qui font un plus grand usage des dents incisives que des molaires et *vice versâ*, qu'il en est d'autres chez lesquelles les incisives sont rapidement atteintes par l'usure parce que les molaires manquent, que dans quelques cas enfin les dents sont usées par suite de certains mouvemens comme convulsifs des machoires qui ont particulièrement lieu pendant le sommeil, on verra qu'il n'est guère possible de tirer de l'usure des dents des caractères propres à résoudre le problème qui nous occupe.

VIEILLESSE.

La vieillesse commence à soixante ans, et finit entre la quatre-vingt-quatrième et la quatre-vingt-cinquième année; depuis cette dernière époque jusqu'à la mort, on la désigne plus particulièrement sous le nom de *décrépitude*. La difficulté de préciser les âges pendant la vieillesse, n'est pas moindre que dans la période précédente. La blancheur des cheveux, de la barbe et des poils, les rides du visage, la couleur cendrée de la peau, l'obscurcissement de la vue, la dureté de l'ouïe, l'affaiblissement des facultés intellectuelles, l'état d'imbécillité dans lequel on finit par tomber, la diminution des forces, la courbure de l'épine, le changement de forme de la machoire inférieure qui s'allonge, s'applatit et s'avance, l'usure, la chute des dents, la raideur des articulations, l'agrandissement de la cavité des os longs, et l'amincissement de leurs parois, le

refroidissement des extrémités, l'inertie de l'appareil générateur, la constipation, les excrétions alvines involontaires, la lenteur et l'intermittence du pouls; tels sont les principaux caractères propres à faire juger l'âge d'un vieillard : or, ces caractères sont loin de se manifester aux mêmes époques chez tous les individus.

En terminant ce travail, nous croyons devoir faire connaître une série d'observations intéressantes, faites par M. Sue, dans le dessein de déterminer la grandeur commune de l'homme dans ses différens âges, et les proportions du tronc et des extrémités. La longueur totale des sujets a été prise depuis le vertex jusqu'à la plante des pieds; on a ensuite mesuré en particulier le tronc, depuis le vertex jusqu'à la symphyse du pubis. La longueur des extrémités supérieures a été prise depuis le bord de l'acromion jusqu'à l'extrémité des doigts; et celle des membres abdominaux, depuis la symphyse du pubis jusqu'aux plantes des pieds.

Enfant d'un an, dont la grandeur était d'un pied dix pouces et demi. Longueur du tronc, treize pouces six lignes; des extrémités supérieures, neuf pouces; des extrémités inférieures, neuf pouces. *Enfant* de trois ans, dont la grandeur était de deux pieds neuf pouces et quelques lignes. Longueur du tronc, dix-neuf pouces environ; extrémités supérieures, quatorze pouces; membres abdominaux, quatorze pouces et quelques lignes. *Enfant* de dix ans, dont la grandeur était de trois pieds huit pouces six lignes. Longueur du tronc, deux pieds; extrémités supérieures, un pied sept pouces; membres abdominaux, un pied huit pouces six lignes. *Sujets* de quatorze ans, de quatre pieds sept

pouces. Longueur du tronc, deux pieds quatre pouces; extrémités supérieures, deux pieds six lignes, membres abdominaux, deux pieds trois pouces. *Sujets* de vingt à vingt-cinq ans, de cinq pieds quatre pouces. Longueur du tronc, deux pieds huit pouces; extrémités supérieures, deux pieds six pouces; extrémités inférieures, deux pieds huit pouces.

Vers l'âge de vingt à vingt-cinq ans, le bord supérieur de la symphyse des os pubis fait précisément le point du milieu entre le sommet de la tête et la plante des pieds; avant cet âge, ce centre varie continuellement. Les sujets de trente et quarante ans, ceux de cinquante et soixante, ne présentent aucun changement dans la grandeur des proportions, si ce n'est dans certains os particuliers, en sorte que le rapport se conserve tel qu'il était à vingt ou à vingt-cinq ans, à moins que l'épine du dos ne se courbe comme on le voit dans la vieillesse. (*Sue*, sur les Proportions du squelette de l'homme, dans les Mémoires présentés à l'Académie royale des sciences, tome II, 1755.). Ces observations ont été variées et faites sur des sujets bien conformés, dont la taille n'était ni trop grande ni trop petite, relativement à l'âge où on les examinait; il serait à désirer qu'elles fussent continuées sur un assez grand nombre d'individus pour fournir des *proportions moyennes*, dont on ne manquerait pas de tirer beaucoup de parti dans la détermination des âges.

Des questions d'Identité.

Les jurisconsultes sont quelquefois appelés à décider si une personne est réellement la même que

celle qui a été perdue ou que l'on cherche. Nous ne croyons pas devoir mentionner les diverses circonstances où une semblable question peut être agitée ; l'examen des faits propres à l'éclairer, et qui sont du ressort de la médecine, doit seul nous occuper ici. Voici quel est l'état de la législation actuelle sur ce point.

« La filiation des enfans légitimes se prouve par les actes de naissance inscrits sur le registre de l'état civil. » (Code civil, art. 319.)

« A défaut de ce titre, la possession constante de l'état de l'enfant légitime suffit. » (*Ibid.*, 320.)

« La possession d'état s'établit par une réunion suffisante de faits, qui indiquent le rapport de filiation et de parenté entre un individu et la famille à laquelle il prétend appartenir. Les principaux de ces faits sont : que l'individu a toujours porté le nom du père auquel il prétend appartenir ; que le père l'a traité comme son enfant, et a pourvu en cette qualité à son éducation, à son entretien et à son établissement ; qu'il a été reconnu constamment pour tel dans la société ; qu'il a été reconnu pour tel dans la famille. » (*Ibid.*, art. 321.)

« A défaut de titre et de possession constante, ou si l'enfant a été inscrit, soit sous de faux noms, soit comme né de père et mère inconnus, la preuve de filiation peut se faire par *témoins*.

« Néanmoins cette preuve ne peut être admise que lorsqu'il y a commencement de preuve par écrit, ou lorsque les présomptions ou *indices* résultans des faits dès lors constans, sont assez graves pour déterminer l'admission. » (*Ibid.*, art. 323.)

Or l'appréciation des *indices* dont il est fait mention dans l'article 323, exige quelquefois l'avis des gens de l'art. Rien ne nous paraît plus propre à prouver cette assertion que la consultation de Louis, relative à *Baronet*, dont nous allons donner un extrait :

Remi *Baronet*, né le 18 mai 1717, quitta son pays natal à l'âge de vingt-cinq ans, et ne fut de retour que vingt-deux ans après. La veuve *Lamort*, sa sœur, qui avait recueilli sa portion d'hoirie, ne voulut point le reconnaître, quoique plusieurs personnes affirmassent positivement que c'était lui. Elle imagina, de concert avec le curé de la paroisse, de le faire passer pour le fils de François *Babilot*, qui était absent depuis plusieurs années. *Babilot* hésite d'abord; mais bientôt après il cède aux insinuations de l'intrigue, et l'on publie partout qu'il est le père de *Baronet;* celui-ci est flétri, et condamné aux galères perpétuelles par le baillage de Reims, comme faussaire et spoliateur de successions sous un nom supposé. *Baronet* avait déjà subi deux années de la peine; lorsqu'on demande que le procès soit révisé au parlement de Paris, parce qu'on a lieu de soupçonner la fourberie de la veuve *Lamort* et de ses conseils. C'est alors que *Louis* est requis de donner son avis sur les chefs suivans.

1° En 1777, *Baronet* avait soixante ans, tandis que *Babilot* qui était né en 1731 n'en avait que quarante-six. Est-il possible de prendre un homme de soixante ans pour un homme de quarante-six ans? Ici, Louis déclara que le condamné paraissait avoir réellement soixante ans.

2° *Babilot* fils avait à la cuisse une tache de vinaigre de la largeur d'un écu de 6 francs, tandis que *Baronet* ne l'avait pas. On demanda si ces taches (*envies, désirances*) pouvaient établir une distinction. De pareilles marques sont indélébiles, répondit Louis, et l'on ne peut les faire disparaître qu'à l'aide de caustiques

qui laissent après eux des cicatrices, ou en peignant la couleur de la peau : or rien ne prouve que de pareils moyens aient été mis en usage chez *Baronet*.

3° *Babilot* ne boitait pas; il était bel homme, bien fait, quoique ses épaules fussent hautes. *Baronet* était voûté, d'une taille au-dessous de cinq pieds; il avait une jambe plus courte que l'autre, et les malléoles très-grosses. On voulut savoir s'il était possible de se tromper aux traits de ressemblance répandus sur le corps de ces individus. L'élévation des épaules de *Babilot*, répondit Louis, ne saurait être confondue avec les vices de conformation dont *Baronet* est atteint; chez celui-ci, en effet, la colonne de l'épine est contournée, ce qui tient peut-être à l'habitude qu'il a contractée de marcher incliné de côté pour corriger en partie les inconvéniens de la claudication. Quant aux traits du visage, ils ont pu être altérés par l'âge au point de faire naître chez les personnes qui sont restées plusieurs années sans voir ces individus, des idées extrêmement confuses. On assure, il est vrai, que *Baronet* avait eu une épaule luxée et un bras fracturé par une chute, et pourtant l'individu soumis à l'examen ne présente aucune trace de semblables lésions; mais il est possible, dit Louis, que *Baronet* ait cru avoir le bras fracturé parce qu'on le lui aura dit.

4° L'un et l'autre avaient des cicatrices à la joue et à la gorge, mais *Baronet* en avait une au sourcil, suite d'un coup de pierre attesté par celui qui l'avait lancée. Suivant tous les récits, répondit Louis, *Babilot* doit avoir à la partie droite du visage, près du cou, une cicatrice provenant *d'humeurs froides guéries*; cette ci-

catrice succédant à l'ouverture spontanée des glandes du cou, dont l'engorgement scrofuleux s'est terminé par suppuration, doit être ronde et se trouver à la région correspondante à ces glandes. L'individu soumis à l'examen présente, au contraire, une cicatrice longue, s'étendant le long de la lèvre externe du bord de la mâchoire inférieure depuis l'angle, jusqu'auprès du menton; sa largeur et la manière dont la consolidation s'est opérée annoncent qu'elle a été faite par un corps contondant, tel qu'un coup de pied de cheval, et l'on sait que *Baronet* avait reçu un pareil coup. En outre, *Babilot* devait avoir une cicatrice à la joue, que l'on ne voyait point sur le condamné.

Cette consultation donna lieu à un arrêt du 26 août 1778, par lequel *Baronet* fut déchargé de toute accusation, et reconnu pour tel qu'il se disait. (Causes célèbres, vol. XXVI, cause 256.)

Voici les objets qui doivent fixer l'attention des gens de l'art, dans la solution de semblables questions : 1° l'âge de l'individu, quoiqu'il ne puisse souvent être apprécié que d'une manière approximative; 2° la stature; 3° la tête, et notamment son volume et la configuration de ses os; les cheveux sont-ils rares et déjà blanchis par l'âge; le front est-il saillant ou comprimé, les sourcils écartés ou se touchant par leurs extrémités internes; les yeux grands, petits, saillans ou enfoncés; le nez court, épaté, déprimé, large dans sa partie inférieure qui peut être relevée en haut, ou long, aquilin, étroit dans sa partie inférieure, qui se termine en pointe; les lèvres grosses ou petites, avec ou sans traces de cicatrice; les dents peu nombreuses, mal rangées,

petites ou offrant des caractères opposés ; la bouche large ou étroite ; le menton uni ou à fossette, rond ou pointu ; la barbe rare ou touffue ; le visage large ou allongé ; 4° le cou gros et court, ou étroit et d'une longueur remarquable ; 5° le thorax est-il bien conformé, ou bien la colonne épinière est-elle déjetée ; les épaules sont-elles hautes ; aperçoit-on enfin des traces de gibbosité antérieure, postérieure ou latérale ; le sternum est-il aplati, enfoncé, ou fait-il saillie en avant ; l'appendice sous-sternal (cartilage xyphoïde) présente-t-il une forme qui s'éloigne de celle que l'on observe le plus communément ; la distance qui sépare les deux bases de l'omoplate est-elle grande ou petite ; 6° le bassin est-il large ou étroit ; 7° les membres et les mains sont-ils gros ou petits, rudes ou souples ; les doigts sont-ils courts ou longs en les comparant à la main, et entre eux : les genoux sont-ils en dedans ; les malléoles sont-elles plus saillantes qu'à l'ordinaire ; les jambes et les pieds présentent-ils la même longueur d'un côté que de l'autre, offrent-ils quelque difformité ; 8° les organes génitaux ou quelques autres parties du corps sont-ils le siége de quelque vice de conformation ; 9° existe-t-il des taches de naissance à la peau : ces taches sont indélébiles, tandis que les verrues ou autres tumeurs analogues peuvent être détruites par les caustiques ; 10° les cicatrices succédant à des brûlures, à des plaies, à l'ouverture spontanée de certaines tumeurs : ces marques ne s'effacent jamais et peuvent quelquefois, par leur siége, par leur forme, par leur direction, par leur étendue, etc., fournir des indices précieux ; 11° les traces de fractures et de luxations.

L'ensemble de ces caractères peut servir quelquefois à résoudre la question qui nous occupe, tandis qu'il serait impossible d'y parvenir à l'aide d'une foule de signes mentionnés par certains auteurs, tels que la beauté ou la laideur, la maigreur ou l'embonpoint de l'individu, le changement de couleur des yeux et des cheveux, etc.; on sait en effet que l'âge, les passions, les maladies, le climat que l'on habite, et le genre de nourriture que l'on prend modifient singulièrement ces caractères. Que penser aussi des inductions tirées de la physionomie, du témoignage des hommes, de la reconnaissance des parens, des nourrices, des amis, et même des titres, que l'on peut avoir falsifiés!!!

CINQUIÈME LEÇON.

Des outrages faits à la pudeur.

Nous rangeons sous ce titre les divers attentats à la pudeur pour lesquels le magistrat invoque les lumières du médecin. Ces attentats sont de différente nature, et il convient de les distinguer. Tantôt ils constituent le *viol,* qui peut être défini, l'*effort fait pour abuser d'une fille ou d'une femme malgré leur volonté;* dans certains cas, ils consistent dans la simple application du membre viril sur les organes génitaux et sur les parties qui les environnent, sans qu'il y ait la moindre trace de violence; quelquefois enfin, il s'agit du crime de pédérastie ou de sodomie. Avant d'examiner chacun de ces objets, voyons comment s'exprime le code pénal.

« Toute personne qui aura commis un outrage public à la pudeur, sera punie d'un emprisonnement de trois mois à un an, et d'une amende de 16 francs à 200 francs. (Art. 330.) Quiconque aura commis le crime de *viol*, ou sera coupable de tout autre attentat à la pudeur, consommé ou tenté avec violence, contre des individus *de l'un et de l'autre sexe*, sera puni de la réclusion. (Art. 331.) Si le crime a été commis sur la personne d'un enfant au-dessous de l'âge de quinze ans accomplis, le coupable subira la peine des travaux forcés à temps. (Art. 332.) La peine sera celle des travaux forcés à perpétuité, si les coupables sont de la classe de ceux qui ont autorité sur la personne envers laquelle ils ont commis l'attentat, s'ils sont ses instituteurs ou ses serviteurs à gages, ou s'ils sont fonctionnaires publics ou ministres d'un culte, ou si le coupable, quel qu'il soit, a été aidé dans son crime par une ou plusieurs personnes. » (Art. 333.)

Du Viol.

S'il est vrai que l'on désigne sous le nom de *viol*, l'effort fait pour abuser d'une fille ou d'une femme malgré leur volonté, il est également certain que dans le plus grand nombre des cas, la personne abusée est une fille encore vierge : il importe d'établir cette distinction.

Viol chez une fille vierge. Dans une question de ce genre, l'homme de l'art doit s'attacher à déterminer, 1° si la fille a été déflorée; 2° si la défloration a été produite par le membre viril, ou par un autre corps volumineux; 3° si elle a été consentie ou forcée.

A. *Moyens de reconnaître s'il y a eu défloration.* On sait que dans le plus grand nombre des cas, les organes génitaux des jeunes filles qui n'ont point été déflorées offrent une disposition, une couleur et une tension particulières : nous croyons devoir décrire l'état

de leurs parties sexuelles, en ayant soin, toutefois, d'indiquer les circonstances qui peuvent les modifier, et qui seraient propres à induire le médecin en erreur. Les parties dont nous parlons sont les grandes et les petites lèvres, la fourchette, la fosse naviculaire, l'orifice du vagin, l'intérieur de ce canal, l'hymen, les caroncules myrtiformes et l'orifice de l'utérus.

Les grandes lèvres sont épaisses, fermes et tendues; leurs bords libres se rapprochent, et tendent à recouvrir l'orifice de la vulve; leur face interne est lisse et vermeille. Mais si la personne est déjà d'un certain âge, si elle a éprouvé des maladies de longue durée, telles que les flueurs blanches, la chlorose, etc.; ou si elle s'est livrée à des attouchemens indiscrets, ces signes pourront manquer, tandis qu'il n'est pas rare de les rencontrer chez des filles qui n'ont senti l'approche de l'homme qu'une fois ou qu'un petit nombre de fois.

Les petites lèvres (nymphes). Elles sont petites, lisses, vermeilles, douées d'assez d'élasticité, sensibles et bien enfermées. Mais on aurait tort de croire qu'il suffit d'une simple introduction, dans le vagin, d'un corps plus ou moins volumineux, pour leur faire perdre ces caractères; d'ailleurs, les mêmes causes qui chez les filles non déflorées relâchent les grandes lèvres, flétrissent celles-ci et les rendent molles, flasques et pendantes.

La fourchette est ordinairement entière et fort tendue, tandis qu'elle est presque toujours déchirée chez les femmes qui ont eu des enfans. Mais l'intégrité de cette partie n'est pas une marque infaillible de non défloration, puisqu'elle a lieu chez les filles qui ont exercé

le coït, lorsque le membre viril n'était pas d'un volume disproportionné. En outre, il n'est pas encore prouvé que certaines maladies des parties génitales ne puissent détruire cette bride membraneuse chez les filles non déflorées.

La fosse naviculaire, ou l'espace renfermé entre la fourchette et la partie postérieure de l'orifice du vagin, conserve sa véritable forme chez les filles non déflorées, tandis qu'elle est déformée après la défloration, et n'existe plus si la fourchette a été déchirée. Les restrictions que nous avons mises en parlant de la fourchette s'appliquent donc naturellement à ce caractère.

L'orifice du vagin est en général plus étroit avant qu'après la défloration; mais, comme son diamètre ne présente rien d'absolu, et qu'il n'offre point les mêmes dimensions chez toutes les femmes, il est possible qu'il soit plus large chez une fille non déflorée que chez une autre qui l'aura été; d'ailleurs plusieurs causes, telles que la leucorrhée, l'âge, la menstruation, l'abus des lotions ou des bains émolliens, peuvent avoir dilaté cet orifice chez celles qui n'ont pas été déflorées.

L'intérieur du vagin est parsemé de rides transversales, très-rapprochées et très-saillantes, tandis qu'il tend de plus en plus à devenir lisse, à mesure que la copulation a lieu. Mais ne serait-ce pas s'abuser que d'accorder quelque valeur à ce signe pour déterminer si une fille a été déflorée, dans le cas où il n'y aurait eu qu'une seule introduction dans le vagin, d'un corps plus ou moins volumineux?

La membrane *hymen* se rencontre chez la plupart des filles non déflorées, malgré l'assertion contraire

de quelques auteurs ; mais on aurait tort de regarder son absence comme un signe infaillible de défloration, et *vice versâ ;* en effet, on l'a observée chez des filles déflorées, et, ce qui paraîtra plus extraordinaire, chez des femmes qui étaient sur le point d'accoucher ; en sorte qu'il a fallu, pour livrer passage à la tête de l'enfant, l'inciser lorsque les efforts de cette tête ne la déchiraient point. On concevra pourquoi cette membrane peut conserver son intégrité après la défloration, en sachant que sa densité n'est pas toujours la même. Fabricius d'Aquapendente ne fait-il point mention d'une fille que tous les écoliers d'une pension s'efforcèrent en vain de déflorer ? Ambroise Paré n'a-t-il pas vu l'hymen d'une consistance presque osseuse ?

L'absence de cette membrane ne saurait être regardée comme une preuve de défloration, parce qu'elle peut avoir été détruite par des courses à cheval lorsqu'on monte en cavalier, par un saut brusque, par des coups, des chutes, par l'élargissement subit des cuisses, par l'effort de la première menstruation, par un caillot de sang, par des ulcères, des flueurs blanches, des caustiques, par les descentes de matrice et du vagin.

Les *caroncules myrtiformes*. Les anatomistes ayant émis des opinions diverses sur l'origine des caroncules myrtiformes, il est indispensable de les rappeler avant de faire connaître la valeur du signe fourni par ces tubercules. Les uns ont pensé que les caroncules n'existent jamais avec l'hymen, et qu'elles sont les débris de cette membrane : en adoptant cette opinion, qui nous paraît juste, la présence ou l'absence de pareils tubercules n'éclaire pas plus la

question relative à la défloration que la présence ou l'absence de l'hymen. D'autres ont cru que les caroncules myrtiformes existent naturellement et remplacent l'hymen : tout porte à croire que ces anatomistes ont été induits en erreur, et qu'ils ont pris pour des caroncules quelques-unes des rides saillantes du vagin, qui s'étendent quelquefois jusque sur l'*hymen*; du moins est-il certain qu'ayant fait des recherches sur plus de deux cents cadavres de filles âgées de deux à quatorze ans, chez lesquelles, il est vrai, l'hymen existait encore, nous n'avons jamais pu découvrir de pareils tubercules. On ne les a pas vus non plus chez plusieurs petites filles qui venaient de naître, et chez lesquelles il n'y avait point de *membrane* à l'entrée du vagin. Mais, en supposant que l'opinion de ces anatomistes dût prévaloir, il ne serait pas raisonnable de regarder l'absence de ces caroncules comme un signe de défloration, et *vice versa*; en effet, comme l'hymen, elles pourraient ne pas s'effacer dans une première introduction d'un corps plus ou moins volumineux, et les mêmes causes qui détruisent cette membrane chez les filles non déflorées, pourraient les faire disparaître.

Que l'*orifice de l'utérus* soit fermé ou ouvert, que sa forme soit arrondie ou transversale, peu importe lorsqu'on cherche à constater s'il y a eu défloration; car les filles déflorées qui n'ont point fait d'enfans ressemblent à cet égard à celles qui ne l'ont point été.

Plusieurs médecins, jaloux de faciliter la solution de la question qui nous occupe, ont cherché ailleurs que dans les organes génitaux, des moyens de reconnaître

s'il y avait eu défloration ; l'énumération de ces moyens suffira pour faire sentir leur nullité, et l'on concevra avec peine, que, de nos jours, des hommes recommandables aient proposé sérieusement de pareils caractères : *la voix grossit après la défloration ; le corps et l'urine exhalent une odeur particulière ; le visage est marqueté ; le cou grossit*, et, s'il peut être entouré par un fil qui s'étend depuis la pointe du nez jusqu'à la réunion des sutures sagittale et lambdoïde, la fille n'est point déflorée ; *les yeux sont cernés, et le blanc en est terni.*

Les *chairs* et les *mamelles* sont fraîches et fermes chez les filles non déflorées. Mais ne sait-on pas, pour ce qui concerne ce dernier caractère, que souvent le contraire a lieu, surtout lorsque la santé est dérangée ; d'ailleurs combien n'y a-t-il pas de femmes mariées qui ne le cèdent en rien sous ce rapport aux filles les mieux portantes ?

L'*effusion de sang* dans le congrès, la *douleur* que la femme éprouve pendant le coït, et la *résistance* qu'oppose le vagin à se laisser franchir, sont encore des signes de non défloration donnés par les auteurs, qui les ont même considérés comme des marques expérimentales. Mais il est certain que l'*effusion de sang* ne prouve rien, puisqu'on peut l'observer chez les filles déjà déflorées, et qu'elle peut manquer chez d'autres qui ne le sont pas, suivant que l'ouverture du vagin est petite ou grande, relativement au corps qui y est introduit, et suivant d'autres circonstances qu'il est inutile de mentionner : d'ailleurs, combien il serait facile à une femme déflorée et rusée de faire prendre

le change, soit en attendant l'époque de la menstruation, soit en tachant les linges de sang, etc. Nous en dirons autant de la *douleur* et de la *résistance*; la première peut être feinte, et la seconde favorisée par l'emploi de substances astringentes; l'une et l'autre manquent quelquefois chez les filles qui ont été déflorées par un corps peu volumineux, tandis qu'elles peuvent se manifester chez une fille déhontée qui a observé la continence pendant quelque temps.

La connaissance de la disposition, de la couleur, de la tension des parties sexuelles d'une fille non déflorée, et des divers caractères donnés par les auteurs pour juger s'il y a eu défloration, nous permet d'établir un certain nombre de propositions qui doivent servir de guide lorsqu'il s'agit de résoudre le problème qui nous occupe (1). 1° Parmi les signes qui peuvent annoncer la

(1) Nous omettons à dessein de parler de la *virginité*, comme le font tous les auteurs de médecine légale, pour ne pas compliquer davantage une question qui l'est déjà assez par elle-même. En effet, en adoptant les idées de ces auteurs qui définissent la virginité, *l'état d'une fille qui n'a point encore senti l'approche de l'homme*, il est évident que la virginité n'existera pas chez une fille dans le vagin de laquelle on aura introduit un membre viril exigu, quoique les parties sexuelles aient conservé la disposition, la couleur et la tension qu'elles présentaient avant l'introduction. Au contraire, la *virginité* existera chez les filles dans le vagin desquelles il aura été introduit un doigt, un pessaire ou un corps plus volumineux autre que le *membre viril*, quoique les parties génitales offrent une disposition, une couleur et une tension semblables à celles que l'on remarque chez les femmes qui

défloration, ceux qui sont tirés de l'état des parties sexuelles *seulement* offrent une *certaine valeur*. 2° Il ne suffit pas d'un de ces signes pris isolément, mais il faut leur ensemble pour qu'on puisse les prendre en *considération*. 3° A la vérité, l'hymen existant chez le plus grand nombre des filles non déflorées, son existence ou son absence méritent la plus grande attention. 4° Malgré la réunion de tous ces signes, il est impossible d'*affirmer* que la fille a été déflorée, à moins que l'on ne détermine qu'il y a eu accouchement : hors ce cas, la réunion des signes dont nous parlons ne permet que d'élever des *présomptions* plus ou moins fortes en faveur de la défloration, et l'homme de l'art serait coupable si, cédant aux instances du magistrat, il affirmait ce dont il ne peut pas être convaincu. 5° On est plus autorisé encore à soupçonner la défloration, lorsque les signes qui l'annoncent coïncident avec des contusions, des plaies et des marques de sévice aux parties génitales. 6° La plus grande décence et le plus grand ménagement doivent présider à des visites de ce genre, qui, pour être de quelque utilité, doivent être faites, en général, peu de temps après l'époque présumée de la défloration, parce qu'il suffit souvent d'un ou de deux jours pour faire disparaître les traces que le corps introduit dans le vagin laisse après son passage. 7° Il

ont joui des plaisirs de l'amour. Ces conséquences, qui découlent nécessairement de la définition dont il vient d'être parlé, n'étant propres qu'à compliquer la question, nous avons cru devoir nous dispenser de traiter *ex-professo* de la *virginité*.

n'est pas inutile, avant de porter son jugement, d'examiner le caractère, les mœurs de la personne, son âge, sa conduite, ses occupations, l'éducation qu'elle a reçue, les mœurs des individus qu'elle fréquente, l'impression que la visite produit sur elle; mais l'on ne doit avoir égard à des considérations morales de ce genre qu'autant qu'elles s'accordent avec les données fournies par les parties sexuelles. 8º Le médecin n'oubliera jamais qu'en prononçant légèrement il s'expose à déshonorer une fille dont la conduite a été irréprochable.

B. *Moyens de reconnaître si la défloration, que nous supposons avoir été constatée, est le résultat de l'introduction du membre viril ou d'un autre corps.* Avouons l'impossibilité dans laquelle nous sommes de résoudre cette question dans le plus grand nombre de cas. Comment établir une différence entre le délabrement des parties sexuelles produit par le membre viril, par un pessaire ou par tout autre corps que des personnes lascives auraient introduit dans le vagin? On ne pourrait *presumer* le coït que dans le cas où la défloration n'ayant pas été consentie, les organes sexuels et d'autres parties du corps seraient meurtris, ou lorsqu'à des signes de défloration récente se joindraient des écoulemens ou d'autres symptômes vénériens.

C. *La défloration a-t-elle été consentie ou forcée.* Avant de nous occuper de ce sujet, examinons si la législation actuelle punit la défloration d'une personne *mineure* qui *n'a opposé aucune résistance.* On trouve dans quelques ouvrages de médecine légale, que la loi sévit dans ce cas contre l'auteur de la défloration, et l'on donne pour preuve les articles 354, 355 et 356

du code pénal, relatifs à l'enlèvement des mineurs, et ainsi conçus :

« Quiconque aura, par fraude ou par violence, enlevé ou fait enlever des mineurs, ou les aura entraînés, détournés ou déplacés, ou les aura fait entraîner, détourner ou déplacer des lieux où ils étaient mis par ceux à l'autorité ou à la direction desquels ils étaient soumis ou confiés, subira la peine de la réclusion. — Si la personne ainsi enlevée ou détournée est une fille au-dessous de seize ans accomplis, la peine sera celle des travaux forcés à temps. — Quand la fille au-dessous de seize ans aurait consenti à son enlèvement ou suivi volontairement le ravisseur, si celui-ci était majeur de vingt et un ans ou au-dessus, il sera condamné aux travaux forcés à temps. Si le ravisseur n'avait pas encore vingt et un ans, il sera puni d'un emprisonnement de deux à cinq ans. »

Mais l'enlèvement des mineurs ne suppose pas toujours la défloration, et comme, en matière pénale, on ne doit jamais chercher ce que la loi a voulu dire, mais bien ce qu'elle a dit, il est évident que la loi punit le rapt, et non la défloration consentie. Cette opinion est implicitement exprimée dans le passage suivant, tiré des OEuvres d'un jurisconsulte célèbre :

« La défloration est l'action par laquelle on prive une fille de sa virginité. — Un fait pareil est regardé parmi nous comme un crime capital dans deux cas ; le premier, quand on attente à la pudicité d'une personne du sexe *malgré elle*, et c'est ce qu'on appelle exactement un *viol ;* le deuxième, lorsque sans voies de violence on fait des entreprises contre la virginité d'une personne non encore nubile. Le code pénal ne punit la défloration dans le cas de viol, que de la peine de la réclusion ou des travaux forcés ; il ne la soumet, dans le second cas, tantôt à la peine des travaux forcés, tantôt à

un simple emprisonnement, *que lorsqu'elle a été précédée de rapt avec violence.* » (*Merlin*, Répertoire de jurisprudence.)

Voyons maintenant s'il existe des moyens propres à faire distinguer la défloration *consentie*, de celle qui est *forcée*. Dans le plus grand nombre des cas où l'intervention du médecin est réclamée, la défloration forcée d'une jeune fille a été opérée par un individu dont le membre viril offre des dimensions considérables, surtout lorsqu'on les compare à celles des parties sexuelles de la jeune personne; dès lors il ne faut pas s'étonner que cette défloration soit accompagnée d'un délabrement plus ou moins considérable, qu'il importe de faire connaître, parce qu'il peut jeter un grand jour sur la question qui nous occupe.

Les organes génitaux sont loin de conserver leur intégrité; l'hymen peut présenter des solutions de continuité qui se dirigent suivant l'axe du vagin, et qui paraissent récentes; les lambeaux de cette membrane sont sanglans ou cicatrisés; les grandes et les petites lèvres sont rouges, tuméfiées, douloureuses, et quelquefois sanglantes; l'orifice du vagin, le méat urinaire et les autres parties externes de la génération peuvent participer à ce désordre : il n'est pas rare aussi de découvrir des meurtrissures aux cuisses, aux bras, aux seins, aux lèvres, aux joues, etc, résultat de la résistance opposée par la jeune fille; il y a par fois un écoulement purulent *non contagieux* produit par le froissement des parties génitales, qui peut exister lors même qu'il n'y a eu que des tentatives de viol. Les altérations dont nous parlons sont surtout

manifestes, quand la verge a été introduite plusieurs fois.

Si, au lieu de supposer le membre viril trop gros, on admet qu'il offre des dimensions proportionnées à celles des parties sexuelles de la jeune fille, ou même qu'il est petit, il est évident que la défloration aura pu être *forcée*, quoique les organes génitaux ne présentent aucun des caractères indiqués; seulement alors il pourra y avoir des meurtrissures aux cuisses, aux seins, etc., à raison de la résistance opposée par la jeune fille. Nous ne reviendrons point sur ce qui a été dit à la page 95, relativement aux moyens de distinguer si la défloration forcée a été le résultat de l'introduction du membre viril ou d'un autre corps plus ou moins volumineux.

SIXIÈME LEÇON.

Les détails qui précèdent sur la défloration ne sont pas encore suffisans pour résoudre la question du *viol* chez une fille vierge; on s'exposerait à commettre des erreurs graves si, au moment de porter son jugement on ne se rappellait point les propositions suivantes.

1° On peut observer un écoulement blénorrhagique purulent, sans qu'il y ait eu viol, dans les affections catarrhales des voies urinaires et génitales à l'époque de la dentition, dans certaines phlegmasies de la peau, telles que la rougeole, la scarlatine, etc.; aux approches de la première menstruation, aux premières approches conjugales, à la suite de titillations fréquentes, de l'abus des lavemens irritans, lorsqu'il y a suppression des règles, quand il y a des calculs dans la

vessie, ou que la malade est sous l'influence d'un vice dartreux, rhumatismal ou goutteux : l'état de grossesse peut également le déterminer. Voici un fait propre à éclairer ce sujet :

Une jeune fille de quatre ans, atteinte d'un catarrhe pulmonaire avec fièvre, rendait par la vulve une mucosité blanchâtre fort âcre ; les grandes lèvres et le mont de Vénus étaient rouges, tuméfiés et douloureux ; on voyait en outre quelques ulcères assez profonds fournissant une matière purulente, semblable aux mucosités dont il a déjà été fait mention. Les parens alarmés, jugeant que l'affection des parties génitales était vénérienne, crurent que l'enfant avait été violé. Les remèdes adoucissans amenèrent assez promptement la guérison pour qu'il fût aisé de se convaincre que l'écoulement et l'ulcération des parties sexuelles dépendaient de l'affection catarrhale qui régnait alors épidémiquement à Paris. (*Capuron*, Médecine légale relative à l'art des accouchemens.)

Mais si l'homme de l'art doit être blâmé de considérer tout écoulement par la vulve comme une preuve de viol, la faute est bien plus grande lorsqu'il regarde cet écoulement comme vénérien, parce qu'alors il se croit autorisé à prononcer qu'il y a eu, ou qu'il n'y a pas eu viol, suivant que l'individu accusé est ou n'est pas atteint de la maladie vénérienne. Ainsi, il peut se faire que, l'écoulement étant le résultat de l'introduction dans le vagin d'un étui d'aiguilles ou d'un corps dur autre que le membre viril, on fasse planer injustement les soupçons du viol sur un individu, parce qu'il a la gonorrhée; tandis qu'il peut arri-

ver d'une autre part que l'on écarte mal à propos toute idée de viol, par cela seul que l'écoulement a été jugé vénérien, et que l'accusé ne présente aucun symptôme de syphilis.

2° Les plaies et les ulcères que l'on observe à la membrane hymen ont été souvent confondus avec les chancres vénériens, et donnés comme signes du viol, surtout lorsque l'accusé avait la syphilis : or, ces lésions pouvaient dépendre de l'introduction volontaire d'un corps dur, autre que le membre viril ; il suffisait alors du repos, de quelques bains et de lotions, pour faire disparaître ces accidens en peu de jours. Le médecin qui croirait devoir tirer parti de pareils symptômes pour établir le viol, serait donc tenu de suspendre son jugement jusqu'à ce qu'il eût été éclairé par l'emploi des moyens que nous avons conseillés; et il ne sera peut-être pas inutile de rappeler ici que chez la femme, les chancres vénériens ont ordinairement leur siége à la face interne des grandes lèvres sur toute l'étendue des nymphes, sur le clitoris et à l'orifice du vagin.

3° Il suffira, dans certaines circonstances, de comparer la force respective de l'accusé et de la plaignante, et surtout les organes génitaux des deux individus, pour éloigner toute idée de viol; on conçoit, en effet, qu'une jeune fille bien portante parviendra facilement à repousser un vieillard, et même un jeune homme valétudinaire. On sait combien une première copulation est difficile lorsque la femme s'y refuse, et l'on connaît l'histoire de cette reine qui, au rapport de Voltaire, éluda l'accusation d'une plaignante, en remuant

toujours un fourreau d'épée, dans lequel il fut impossible de faire entrer l'instrument, par cela seul que le fourreau était toujours en mouvement; d'ailleurs nous savons, à ne pas en douter, qu'il a été impossible de de violer certaines filles, quoique leurs bras, leurs jambes et leur tête fussent maintenus par trois ou quatre personnes. Mayart-de-Vouglans rapporte dans son Traité des crimes, qu'un jeune homme accusé de viol fut condamné à donner un sac d'argent à la plaignante, en présence des juges; on lui permit ensuite d'user de sa force pour le reprendre; mais il lui fut impossible d'en venir à bout: les juges furent alors persuadés que celle qui avait résisté à la force pour ne pas se laisser enlever le sac d'argent, pouvait bien plus facilement opposer assez de résistance pour rendre le viol impossible, et ils acquittèrent l'accusé. Mais c'est surtout de la comparaison des organes sexuels, que l'on peut tirer quelquefois de grandes lumières: si l'accusé manque de membre viril, ou que celui-ci soit extrêmement petit, ou incapable d'érection, et que d'ailleurs l'orifice du vagin ne soit pas très-resserré, il est évident que le viol, s'il existe, a été produit par un autre individu, ou du moins par un corps autre que le membre viril.

Un homme est accusé d'avoir violé une fille non déflorée; des sages-femmes appelées pour constater l'état des parties sexuelles, trouvent qu'elles sont très-rouges, et croient découvrir d'autres signes de viol. L'accusé était en prison lorsque Zacchias déclara qu'il n'y avait aucun rapport entre le pénis exigu et flasque de cet individu, et les organes sexuels de la plaignante, qui

étaient fort amples et abreuvés d'un flux blanc ; et par conséquent, qu'en supposant que la fille eût été récemment déflorée, ce qu'il n'admettait pas, on ne pourrait pas en accuser le prévenu. (*Quæstionum medico-legalium*, tom. III, *Consilium* 34, p. 49.)

4° Lors même que la défloration est *consentie*, il peut y avoir un délabrement considérable des organes génitaux de la jeune fille : par exemple, quand la disproportion entre les organes mâles et femelles est très-marquée, et que les individus, loin de procéder avec modération, sont impétueux et impatiens. Le délabrement des parties sexuelles pourra même, dans ces cas de défloration consentie, être beaucoup plus considérable que dans une autre circonstance où il y aura eu viol, mais où la disproportion des organes ne sera pas aussi sensible. Sans doute que lorsqu'il y aura consentement tacite des deux amans, on n'observera point des meurtrissures au delà de la vulve, et sur les autres parties du corps ; mais ne peut-il pas arriver qu'une fille, décidée d'abord à résister, commence par se défendre, se laisse même meurtrir, et que bientôt après, loin d'opposer de la résistance, elle se prête de bon gré aux désirs de son amant. Les exemples de ce genre ne sont point rares : on a vu même des filles assez perverses ou assez mal conseillées, accuser leurs amans de les avoir violées, parce qu'elles avaient été délaissées après le coït, et faire servir, comme preuves du viol, des meurtrissures aux diverses parties du corps, qui n'étaient que le résultat d'une première résistance.

5° La malveillance et la cupidité peuvent être portées

assez loin, de la part des mères ou des femmes à qui l'on a confié des jeunes filles, pour que les organes génitaux et les autres parties du corps de celles-ci soient meurtris, dilacérés, etc., dans l'espoir de faire condamner, par haine ou par intérêt, des individus qui ne sont aucunement coupables. N'a-t-on pas vu aussi des femmes se mutiler elles-mêmes les organes de la génération, et se plaindre d'avoir été violées par un homme dont elles n'avaient jamais éprouvé que des refus.

Plusieurs individus furent accusés par une femme d'avoir violé dans une auberge, sa petite-fille, âgée de neuf ans et demi. A la visite, on trouva les parties sexuelles, sans excepter l'hymen, parfaitement intactes; le petit doigt ne pouvait pas entrer dans le vagin; toutefois il y avait au pubis et à la partie supérieure de la vulve, un cercle rouge, de la largeur d'un écu de six francs, qui paraissait avoir été fait récemment, et dont l'intensité et l'étendue diminuaient insensiblement. Il était hors de doute que l'aïeule avait meurtri cet enfant dans l'espoir d'avoir des dommages-intérêts; elle fut emprisonnée et chassée de la ville. (*Fodéré*, Médecine légale, tom. IV.)

Viol chez une fille déjà déflorée. Nous avons supposé jusqu'à présent que le viol s'était consommé sur des jeunes filles non deflorées; il faut maintenant examiner ce que présente de remarquable le viol chez les personnes déjà déflorées, les filles publiques et les femmes qui ont fait des enfans; il est évident qu'ici la femme s'étant livrée plusieurs fois aux jouissances vénériennes, il ne doit être nullement question de rechercher s'il y a eu défloration et si elle a été opérée

par le membre viril ou par un autre corps : toute la question consiste à savoir si la *défloration a été forcée.*

Quelles inductions tirer, dans ce cas, de l'état des parties sexuelles? Le vagin et son orifice présentent un diamètre tel, qu'à moins de supposer une grosseur démesurée du membre viril, celui-ci a dû se loger sans occasioner la moindre rougeur, ni la moindre déchirure des organes génitaux. L'absence de l'*hymen* ne prouve rien en faveur du viol, puisqu'il avait pu être détruit lors de la défloration. L'existence d'un écoulement ou de quelques autres symptômes vénériens pourrait tout au plus établir qu'il y a eu coït. Les meurtrissures à la vulve, aux seins, aux cuisses, aux bras, etc., peuvent faire soupçonner la violence, à moins qu'il ne soit prouvé qu'elles sont le résultat de coups que les femmes se seraient portés pour en imposer, ou qu'elles datent d'une époque antérieure à celle où la femme dit avoir été violée. (*Voy.* Ecchymose.) C'est ici surtout qu'il convient de comparer les forces de l'accusé et de la plaignante; car on ne peut pas se dissimuler combien il est difficile, pour ne pas dire impossible, qu'un seul homme parvienne à abuser d'une femme adulte bien portante; il n'en est pas de même si l'attentat a été commis par plusieurs personnes.

Conduite à tenir lorsqu'on est appelé à faire un rapport sur le viol. 1°. On examinera attentivement la forme et la disposition des organes génitaux; on tiendra compte du gonflement, de l'inflammation, des délabremens, des écoulemens, etc.; on notera exactement les meurtrissures faites aux environs de la vulve

et aux autres parties du corps. Cette visite, comme nous l'avons déjà dit, pour être utile, sera faite le plus tôt possible, et au moins dans les trois jours après l'action, vu que la plupart des lésions des parties génitales peuvent guérir dans un très-court espace de temps, soit par les seuls efforts de la nature, soit à l'aide des émolliens. 2° S'il s'agit d'une fille *pubère*, et que le délabrement des parties génitales soit assez marqué pour faire croire à une *défloration récente*, on se gardera bien d'*affirmer*, d'après ce seul caractère, qu'il y a eu *viol*; car il faudrait, pour être en droit de tirer cette conclusion, établir encore, ce qui est impossible, que la défloration n'a pas été consentie, et qu'elle n'est point le résultat de l'introduction dans le vagin, d'un corps autre que le membre viril : le jugement de l'homme de l'art, dans ce cas, sera vague ; il ne chargera ni l'un ni l'autre individu ; il déclarera que l'altération des parties sexuelles n'a pas une corrélation nécessaire avec une cause déterminée. 3° Si tout annonce une *défloration récente* chez une fille *pubère*, et que l'on observe en outre des marques de sévices aux cuisses, aux jambes, aux seins, etc., on pourra établir des *probabilités* en faveur du viol, pourvu que les ecchymoses que l'on remarque sur les diverses parties du corps aient été faites à peu près à l'époque où la fille dit avoir été violée, et qu'il ne soit pas démontré que c'est elle-même qui s'est porté des coups pour en imposer. 4° Quel que soit le nombre et la grandeur des contusions, si la fille *pubère* est déflorée depuis long-temps, et que les organes génitaux paraissent sains, on ne pourra même pas établir des *probabilités* en faveur du

viol, les marques de sévices pouvant être la suite d'une querelle entièrement étrangère à des débats amoureux; mais aussi on *n'affirmera* pas qu'il n'ait pas eu lieu. A plus forte raison ces considérations sont applicables à une *femme adulte*, à laquelle on doit supposer plus d'expérience, d'adresse et de force pour résister aux tentatives de viol; dans ces cas le crime doit être constaté par des témoins et par d'autres moyens qui sont du ressort des magistrats. On userait encore de la même circonspection, lorsqu'aux contusions dont nous parlons se joindraient des traces d'inflammation et de délabrement aux parties génitales; en effet, il est extrêmement rare que des lésions de cette nature, qui peuvent bien être le résultat d'une maladie des organes génitaux, surviennent à la suite du coït chez une femme qui a déjà joui plusieurs fois des plaisirs de l'amour.

5º On se gardera bien d'éloigner toute idée de *viol* chez une fille *pubère*, parce que les parties génitales ne présentent aucune trace de violence; en effet, il est possible qu'une personne atteinte de chlorose, de flueurs blanches, etc., ait été déflorée malgré elle, et que le relâchement des organes sexuels ait permis l'introduction du membre viril, sans qu'il s'en soit suivi le moindre délabrement. Si, dans des cas de ce genre, des meurtrissures faites aux diverses parties du corps annonçaient qu'on aurait pu user de violence, il faudrait inviter le magistrat à épuiser tous les moyens propres à l'éclairer.

6º Si la fille chez laquelle on observe un délabrement des parties sexuelles, pouvant faire croire à une *défloration récente*, est *impubère* et âgée seulement de cinq, sept, neuf, ou dix ans, on pourra établir des *probabilités de*

viol, si l'on est certain que le délabrement n'est point la suite d'une affection catharrale ou de toute autre maladie des organes génitaux ; en effet, il est difficile de supposer ici que la défloration ait été consentie, ou qu'elle ait été produite par un corps dur que la fille aurait cherché à introduire elle-même dans le vagin. Les *probabilités* seront plus grandes si on découvre, chez cette fille, outre le délabrement qui annonce la défloration récente, des marques de sévices aux environs de la vulve et sur les autres parties du corps.

7° L'existence de la maladie vénérienne ne peut être considérée comme preuve *accessoire* de viol, dans les diverses circonstances qui précèdent, qu'autant qu'elle coïncide avec le délabrement des parties génitales, et que l'accusé est atteint de syphilis. Mais ce cas ne se présentera que fort rarement, parce que les symptômes vénériens ne se manifestent *ordinairement* qu'après le troisième jour à dater de celui de l'infection, et qu'alors le plus souvent il ne reste plus de traces de meurtrissure aux parties génitales. D'ailleurs est-il toujours facile d'affirmer que les écoulemens et les ulcères sont vénériens ? (*Voyez* page 100.) Enfin, la plaignante peut très-bien n'avoir contracté cette maladie qu'après l'époque où elle dit avoir été violée.

8° La femme pouvant concevoir à son insu, et malgré elle, comme nous le dirons plus tard, il est évident que la grossesse ne prouve point que le coït a été consenti, et par conséquent qu'il n'y a pas eu viol : à plus forte raison on ne saurait arguer du défaut de grossesse au viol de la femme ; ainsi les preuves tirées de l'existence ou de la non existence de la gros-

sesse ne sont d'aucune valeur dans la question qui nous occupe.

9° Si la femme qui fait le sujet du rapport a succombé, et que sa mort soit attribuée par les intéressés ou par le ministère public aux violences opérées pour lui arracher une jouissance illicite, ce qui n'est pas sans exemple, on examinera scrupuleusement toutes les parties du corps : peut-être découvrira-t-on des marques de sévices à la peau, des fractures, des luxations, des corps étrangers dans la bouche, introduits dans le but d'empêcher la femme de crier, des traces d'une défloration récente et forcée. Il est possible, au contraire, que l'on soit conduit à admettre par l'examen des divers organes, que la cause de la mort est indépendante du viol, ou que la femme déflorée déjà depuis long-temps, est même accouchée et ne présente aucun indice de violence faite aux organes génitaux. (*Voyez* Accouchement, pour les signes qui annoncent qu'il a eu lieu.) Le jugement porté par le médecin dans ces différens cas, variera et ne saurait être indiqué ici sans entrer dans des détails qui nous paraissent inutiles.

10° Lors même que tout annoncerait qu'il y a eu viol, l'homme de l'art ne pourrait pas *affirmer* que le crime a été commis par l'accusé que l'on soupçonne : la science ne possède aucun moyen propre à résoudre cette question. Mais, dans certains cas, il lui serait permis d'établir, en comparant les organes sexuels mâles et femelles, que l'accusé n'est point coupable. (*Voyez* page 101.)

11° La difficulté est quelquefois assez grande pour que le médecin soit extrêmement réservé dans ses

conclusions. « Dans le cas même où il serait probable que l'individu qui est accusé a défloré la fille, dit M. Gardien, il n'est pas pour cela certain qu'il l'a violée : comme il appartient à l'homme de former l'attaque, une légère et douce violence ne peut pas être regardée comme criminelle ; la femme n'eût-elle à opposer à l'assaillant que sa vertu, elle est sûre de le déconcerter et de triompher. Cette décision instruit suffisamment les juges : c'est à eux de s'assurer si la défloration que le médecin a reconnue est le produit de la brutalité d'un homme, ou d'un acte opéré avec le consentement tacite de la plaignante, qui le fait ensuite valoir comme opéré malgré sa résistance, ou bien enfin si elle est le produit de la ruse et de la méchanceté de la fille ». (Traité d'accouchemens, p. 105, t. Ier, 2e édition.)

Une femme peut-elle être violée sans le savoir? Dès qu'il est parfaitement prouvé qu'une femme qui est sous l'influence d'un poison stupéfiant peut accoucher sans le savoir, à plus forte raison elle pourra être violée lorsqu'on la placera dans les mêmes circonstances, les douleurs de l'enfantement étant beaucoup plus intenses que celles qui accompagnent le viol, même chez une jeune fille non déflorée. On doit encore admettre la possibilité du viol chez une femme déjà déflorée, qui serait profondément endormie ; mais il est difficile de supposer qu'une jeune fille non déflorée et plongée dans un sommeil naturel, puisse éprouver sans se réveiller les douleurs qu'occasione l'introduction du membre viril, surtout lorsque celui-ci est d'un volume disproportionné.

Nous avons dit au commencement de cet article, que les attentats à la pudeur pouvaient être de différentes sortes, et qu'ils ne consistaient pas toujours dans la tentative d'introduction du membre viril ou d'un autre corps volumineux dans le vagin, ce qui constitue le viol. Il n'est pas sans exemple, en effet, que les tribunaux aient été saisis de plaintes portées par des jeunes filles, ou par leurs ayans-cause, dans lesquelles un individu était accusé d'avoir exercé des frottemens à la *surface des organes sexuels et des parties qui les avoisinent*, sans qu'il y eût eu la moindre tentative d'introduction, et sans que la plaignante présentât ni délabrement des parties génitales, ni aucun signe de meurtrissure : or, il est évident que si les attouchemens dont nous parlons n'ont point été consentis, il y a eu *attentat à la pudeur*. L'avis du médecin, dans des cas de ce genre, sera rarement utile pour éclairer la justice, les organes sexuels ayant conservé leur intégrité, et la surface du corps n'offrant, dans beaucoup de circonstances, aucune trace de contusion qui annoncerait la violence. Toutefois, si la plaignante accusait l'individu qui l'a approchée, de lui avoir communiqué la maladie vénérienne, l'homme de l'art serait requis pour constater l'existence de la syphilis. Voici un fait de cette nature. Il y a à peine quelques mois, que les tribunaux de Paris condamnèrent aux travaux forcés le père d'une jeune fille de neuf à dix ans, convaincu d'avoir attenté à la pudeur de son enfant, en appliquant à plusieurs reprises le membre viril à la surface des organes génitaux. Il n'y avait pas la moindre trace de violence; mais outre

que des témoins certifièrent le fait, le médecin rapporta que la jeune fille avait un écoulement vénérien, et qu'elle avait probablement été infectée par son père, actuellement atteint d'une blennorhagie syphilitique.

Des détails plus étendus sur cet objet nous paraîtraient déplacés après avoir tant insisté sur la question relative au viol, dans laquelle nous croyons avoir posé les bases propres à résoudre les différens cas de ce genre qui pourraient se présenter.

De la Sodomie ou de la Pédérastie (1).

Quoique la loi n'inflige que les mêmes peines pour les crimes de viol et de sodomie, les individus convaincus de pédérastie se trouvent, par le fait, bien plus sévèrement punis, puisqu'ils encourent la disgrâce de la société tout entière, qui ne saurait jamais les mépriser assez. L'attentat dont nous parlons, produit d'une imagination déréglée et de la plus scandaleuse débauche, doit exciter d'autant plus l'animadversion publique, qu'il est ordinairement commis sur de jeunes enfans dont on empoisonne la vie, et qui sans cela auraient peut-être augmenté le nombre des citoyens vertueux. Cette considération doit faire sentir combien la punition de pareils misérables est loin d'être en rapport avec l'intensité du crime.

Le médecin appelé pour donner son avis dans un

---

(1) *Sodomie* vient de *Sodome*, capitale de la Pentapole, première cité où le crime dont nous parlons ait été commis. *Pédérastie*, mot dérivé de παιδος, enfant, et εραςης, amateur.

cas de ce genre, examinera attentivement l'anus. L'ouverture du rectum présente, chez les personnes entachées de ce vice, la forme d'un entonnoir, remarque due à M. Cullérier, qui, en sa qualité de médecin de l'hospice des vénériens, n'a que trop souvent eu l'occasion de la vérifier. Le bourrelet de l'anus est gros, boursoufflé et lâche; le sphincter se contracte difficilement, et le doigt entre sans effort. Il est vrai que cette disposition de l'anus suppose en général un certain nombre d'introductions; mais la disproportion entre le membre viril et l'orifice peut être telle, que la forme de l'ouverture du rectum soit changée, même par suite d'une première tentative. Des hémorrhoïdes considérables, des fistules profondes, le renversement, le squirrhe, et même le cancer du rectum; telles sont les maladies qui peuvent accabler les personnes qui se livrent habituellement à la sodomie.

L'inflammation, les déchiremens, les rhagades, et une multitude de végétations de diverses formes, que l'on observe au pourtour de l'ouverture anale, doivent être pris en grande considération, surtout lorsqu'ils coïncident avec les indices fournis par les autres circonstances de l'instruction juridique. Il y aurait cependant de l'impéritie à regarder de pareilles marques comme le résultat constant d'une introduction contre nature, car elles peuvent être produites par la sortie de matières fécales dures et inégales, comme on le voit dans les fissures à l'anus. Elles sont quelquefois syphilitiques, et annoncent qu'il y a eu introduction illicite, ou bien que la maladie ayant été contractée par une autre voie, des symptômes vénériens consécutifs, se

sont manifestés à l'anus; d'où il suit qu'avant de conclure à la pédérastie, d'après l'existence de la maladie vénérienne, il faut s'assurer que les symptômes syphilitiques sont le résultat d'un contact immédiat.

RAPPORTS SUR LA DÉFLORATION ET LE VIOL.

Premier rapport. Nous soussigné, docteur en médecine de la Faculté de Paris, sur la réquisition de M. le procureur du roi, à nous signifiée par le sieur X..., huissier, nous sommes transporté aujourd'hui, 20 mai, à dix heures du matin, accompagné de M. R..., commissaire de police, dans la maison de madame ***, sise rue de Clichy, nº..., au troisième étage, pour y visiter la fille de madame ***, âgée de treize ans, qu'on nous a dit avoir été déflorée et violée, la veille, à huit heures du soir. Arrivé dans la chambre, nous avons trouvé ladite fille assise sur une chaise, se plaignant de douleurs vives aux parties génitales et aux cuisses: on nous a rapporté qu'elle n'avait jamais été réglée, et qu'elle jouissait habituellement d'une bonne santé; que la veille au soir elle avait été violemment saisie par M. N..., âgé d'environ vingt-cinq ans, qui en avait abusé après l'avoir maltraitée.

Après avoir constaté que mademoiselle *** n'était atteinte d'aucune affection catarrhale, et qu'elle exécutait parfaitement toutes ses fonctions, nous l'avons fait coucher sur le bord du lit pour examiner les organes de la génération : les grandes lèvres, légèrement écartées, étaient tuméfiées et rouges à leur face externe ; les petites lèvres, évidemment gonflées, offraient çà et

là des traces de déchirure recouvertes d'une sorte de mucus; l'hymen était déchiré, et ses lambeaux sanglans; il s'écoulait par le vagin un liquide d'un blanc jaunâtre ayant la consistance d'un mucus épais; on voyait au-dessus de la symphyse des pubis, à la partie interne et supérieure des cuisses, et aux fesses, des ecchymoses dont la couleur, uniformément rouge foncé, annonçait des traces de contusion récente.

Ces faits nous permettent de conclure qu'il y a eu introduction, ou du moins tentative d'introduction d'un corps assez volumineux dans le vagin de mademoiselle ***; que l'entrée de ce corps n'a pu avoir lieu sans effort, et qu'à moins qu'il ne soit prouvé que les ecchymoses que l'on remarque sur diverses parties du corps sont indépendantes de l'acte par lequel le corps étranger a été introduit, il paraîtrait que l'introduction a eu lieu malgré la résistance opposée par mademoiselle ***.

En foi de quoi nous avons dressé le présent rapport; etc.... Fait à Paris, le 20 mai 1822.

Deuxième rapport. Nous soussigné etc.... (*Voyez le premier rapport, pour le préambule.*) Arrivé dans la chambre, nous avons trouvé la fille N..., âgée de seize ans, réglée depuis dix mois, robuste, bien constituée et jouissant de la meilleure santé; elle se plaignait d'avoir été violée deux jours auparavant par M. S..., âgé de trente ans, et elle disait ne plus éprouver autant de douleur que peu de temps après avoir été violentée.

Nous avons procédé à la visite des organes de la génération, et nous avons vu que les grandes lèvres étaient écartées et d'un rouge vermeil à leur face interne; les

petites lèvres et les caroncules myrtiformes étaient un peu tuméfiées, d'un rouge vif; la membrane de l'hymen n'existait plus; le clitoris, le canal de l'urètre, et la fourchette paraissaient dans l'état naturel; il n'y avait aucune trace d'écoulement par le vagin, ni de meurtrissure aux pubis, aux cuisses, etc.

Ces observations nous portent à croire que des tentatives ont pu être faites pour introduire forcément dans le vagin de mademoiselle N.... un corps plus ou moins volumineux, ce qu'il aurait peut-être été permis d'affirmer si la visite eût été faite trente ou trente-six heures plus tôt; mais que lors même qu'il serait prouvé qu'il y a eu défloration récente, on ne pourrait pas établir qu'elle ait été produite par le membre viril, et encore moins qu'elle a eu lieu contre la volonté de mademoiselle N... En foi de quoi, etc.

Troisième rapport. Nous soussigné, etc... Arrivé dans la chambre, nous avons trouvé madame ***, âgée de trente ans, veuve depuis quatre ans, et mère de deux enfans, qui se plaignait d'avoir été violée la veille par M. X..., âgé de quarante ans.

Les organes de la génération, ayant été visités, n'ont rien présenté de remarquable; ils étaient tels qu'on les trouve chez les femmes du même âge qui sont accouchées deux ou trois fois; les environs de la vulve, les cuisses et les fesses étaient le siège d'ecchymoses faites depuis peu.

Il résulte de ce qui précède, que rien ne démontre qu'il y ait eu introduction récente d'un corps quelconque dans les organes génitaux de madame ***, et qu'il serait par conséquent impossible d'affirmer qu'elle a

été violée la veille ; qu'il serait également impossible de nier qu'elle ne l'a pas été, les organes sexuels n'éprouvant en général aucun changement sensible par le coït, chez une femme déjà mère ; mais qu'il est pourtant permis de soupçonner qu'elle a été l'objet d'une violence quelconque, à en juger par les traces de contusion observées sur différentes parties du corps. En foi de quoi, etc.

Quatrième rapport. Nous soussigné, etc.... Arrivé dans la chambre, nous avons trouvé une petite fille, âgée de six ans, alitée, et que l'on nous a dit avoir été violée la veille.

Nous avons procédé à la visite des organes de la génération, et nous les avons trouvés rouges, tuméfiés et douloureux ; il s'écoulait, par la vulve, un liquide d'un blanc jaunâtre comme grumelé, d'une odeur désagréable, tachant le linge ; on voyait çà et là, à la face interne des grandes lèvres, de petits ulcères assez profonds, dont les bords étaient rouges, tuméfiés, irréguliers, et dont le fond était recouvert d'un liquide séreux, opaque, assez consistant, mêlé de sang, et qui formait des croûtes en se desséchant : un de ces ulcères, long d'environ quatre lignes sur trois de large, occupait la grande lèvre gauche. La membrane hymen était intacte. Les cuisses et les parties qui avoisinent les organes de la génération n'étaient le siége d'aucune ecchymose. L'enfant était d'ailleurs atteint d'une affection catarrhale, caractérisée par les symptômes suivans : larmoiement, enchifrenement, enrouement, rougeur et gonflement de la face, douleur et pesanteur de tête, toux revenant par quintes, douleur

de poitrine, difficulté de respirer, envies de vomir, peau chaude et halitueuse, membres brisés, pouls fort et fréquent.

Ces faits nous permettent d'établir que la fille dont il s'agit est atteinte d'une affection catarrhale semblable à celle qui règne épidémiquement, et qui est probablement le résultat de l'action du froid et de l'humidité sur le corps; que la lésion des organes génitaux paraît être de la même nature que celle des poumons, ou, en d'autres termes, qu'elle constitue une leucorrhée aiguë, et qu'il est par conséquent inutile, pour se rendre raison de l'état dans lequel se trouve cette jeune fille, d'admettre qu'elle a été déflorée. En foi de quoi, etc.

SEPTIÈME LEÇON.

Du Mariage.

On peut réduire les questions médico-judiciaires relatives au mariage aux deux suivantes : 1° quels sont les motifs d'opposition au mariage? 2° quels sont les cas de nullité du mariage? Examinons chacune de ces questions.

§ Ier.

Motifs d'opposition au Mariage.

L'article 174 du livre Ier du Code civil est ainsi conçu : « A défaut d'aucun ascendant, le frère ou la sœur, l'oncle ou la tante, le cousin ou la cousine germaine, majeurs, ne peuvent former aucune opposition au mariage que dans les deux

cas suivans : 1° lorsque le consentement du conseil de famille, requis par l'article 160, n'a pas été obtenu; 2° lorsque l'opposition est fondée sur l'état de *démence* du futur époux: cette opposition, dont le tribunal pourra prononcer mainlevée pure et simple, ne sera jamais reçue qu'à la charge par l'opposant de provoquer l'interdiction, et d'y faire statuer dans le délai qui sera fixé par le jugement. » Il est évident, d'après cet article, que l'état de démence est la seule maladie pouvant former opposition au mariage, et que le médecin requis dans un cas de ce genre doit se borner à statuer sur l'existence de cette aliénation mentale, qui peut être simulée. (*Voyez* Folie.)

Mais si la législation actuelle ne reconnaît parmi les maladies pouvant s'opposer au mariage que la démence, n'est-il pas du devoir du médecin consulté par les parens ou par les conseils de famille, de les avertir des dangers auxquels ils exposent les futurs époux s'ils sont atteints de certains vices de conformation ou de quelques maladies graves? Faudra-t-il, parce que la loi ne s'oppose point à la célébration du mariage, cacher aux contractans les malheurs qui peuvent le suivre, et, si la démence forme une opposition *légale*, les maladies et les vices de conformation dont nous parlons ne doivent-ils pas être regardés comme de véritables oppositions? Nous le pensons, et c'est ce qui nous engage à en faire l'énumération.

1° La *difformité du bassin* peut être telle, que l'accouchement naturel soit impossible; alors les femmes périssent ou sont obligées de subir l'opération césarienne, ou leurs enfans sont dépecés et retirés par parties. Toutefois nous ne partageons pas l'avis de M. Fodéré, qui veut que l'on interdise de *rigueur* le

mariage aux filles dont le diamètre sacro-pubien du détroit supérieur du bassin n'offre pas quatre pouces; car on sait que l'accouchement naturel n'est pas impossible, mais seulement plus long et plus douloureux, lorsqu'au lieu de quatre pouces, ce diamètre présente quelques lignes de moins; on a même vu l'accouchement se terminer naturellement, ce diamètre n'étant que de trois pouces moins un quart; à la vérité, dans ce cas, la tête de l'enfant était plus petite et beaucoup plus molle qu'elle ne l'est ordinairement. Baudelocque ne regarde l'accouchement comme étant *constamment* impossible sans les secours extrêmes de l'art, qu'autant que les degrés de resserrement ne laissent pas deux pouces et demi de diamètre. Nous pensons, d'après cela, que l'on doit interdire le mariage dans un cas d'étroitesse du diamètre sacro-pubien du détroit supérieur, si ce diamètre n'offre pas trois pouces.

Nous ne parlerons pas des autres vices de conformation du bassin, tels que l'étroitesse du détroit inférieur, la trop grande capacité du bassin, les exostoses qui s'élèvent quelquefois à la surface interne de cette boîte osseuse, etc., parce qu'ils sont en général moins redoutables que le précédent, et que le médecin jugera facilement du degré d'importance qu'il doit accorder à ces obstacles.

2° L'*épilepsie*. Il est malheureusement trop certain que l'épilepsie résiste presque toujours aux moyens curatifs les mieux combinés. Quelle que soit la cause qui l'a produite, elle est aggravée par les plaisirs de l'amour; les enfans nés de parens épileptiques peu-

vent être atteints de cette maladie qui se manifeste même quelquefois chez l'autre époux. Nous avons été témoins du fait suivant : une demoiselle de dix-neuf ans, très-bien portante et éperdument amoureuse, est saisie de terreur en voyant son amant foudroyé par une attaque d'épilepsie; le lendemain elle éprouve un accès de cette maladie : cet accès se renouvelle tous les jours pendant dix-huit mois, et finit par céder à des saignées souvent réitérées; au bout de six mois la maladie recommence. Nous ignorons ce qui est arrivé depuis.

3° La *phthisie pulmonaire*. Cette affection est évidemment exaspérée par le mariage; et, lors même qu'il serait démontré qu'elle n'est point contagieuse pour l'autre époux, on sait que la plupart des enfans des phthisiques naissent avec de grandes dispositions à la contracter.

4° La *carie* des vertèbres, des os du bassin, etc., suite d'une affection scrofuleuse invétérée, et assez grave pour faire supposer que les enfans qui naîtraient de ce mariage seraient chétifs, mal conformés et peu propres à parcourir une longue carrière.

5° *L'anévrysme du cœur et des gros vaisseaux*. Lorsque cette maladie est assez avancée pour qu'il n'y ait aucun doute sur son existence, elle doit être regardée comme un motif d'opposition au mariage, parce qu'elle est incurable et susceptible d'être aggravée par le coït.

6° La *syphilis invétérée*, et résistant à toute sorte de traitement. Ici le danger de la contagion est tellement évident, qu'il est inutile de nous en occuper : que si la maladie cédait aux moyens convenables, lors.

même qu'elle se manifesterait pour la vingtième fois, on devrait bien se garder de la considérer comme un motif d'opposition au mariage.

7° La *lèpre*, qui, à la vérité, ne se communique pas toujours par le contact immédiat, mais qui se développe tôt ou tard chez les enfans des lépreux.

Plusieurs auteurs, et notamment M. Fodéré, ont encore rangé parmi les maladies que l'on doit considérer comme des motifs d'opposition au mariage, les affections suivantes : l'asthme sec et humide, l'hypochondrie, l'hystérie, la pierre et la colique néphrétique, la goutte, les rhumatismes chroniques, violens et continuels, et les dartres d'une espèce maligne. Nous sommes loin de partager cette opinion, non-seulement parce que plusieurs de ces maladies peuvent être guéries, et qu'elles ne s'exaspèrent point sensiblement par le coït, mais encore parce que les enfans des parens qui en sont affectés n'en sont pas toujours atteints.

§ II.

Cas de nullité du mariage.

Parmi les articles du Code civil relatifs aux demandes en nullité de mariage, le suivant est le seul qui intéresse le médecin :

« Le mariage qui a été contracté *sans le consentement* libre des deux époux, ou de l'un d'eux, ne peut être attaqué que par l'époux, ou par celui des deux dont le consentement n'a pas été libre. Lorsqu'il y a eu *erreur* dans la personne, le mariage ne peut être attaqué que par celui des deux époux qui a été induit en erreur. » (Liv. Ier, art. 180.)

Ainsi l'homme de l'art peut être appelé pour décider, 1° si le consentement donné par les contractans est valable, vu qu'ils pouvaient se trouver dans un état de démence; (*Voyez* Maladies simulées.) 2° s'il y a erreur dans la personne, c'est-à-dire si l'un des époux est impuissant ou s'il appartient à un sexe contraire à celui dont il avait cru faire partie. D'où l'on voit que nous sommes naturellement conduits à faire l'histoire de l'*impuissance et de certains vices de conformation des organes génitaux qui donnent à un individu l'apparence d'un sexe dont il ne fait point partie.* Toutefois avant d'entamer ce sujet, faisons remarquer que si le Code civil n'autorise pas *expressément* les demandes en nullité de mariage pour cause d'impuissance, les jurisconsultes les plus célèbres pensent avec raison que le mariage annulé de plein droit, dès qu'une cause physique s'oppose à la propagation de l'espèce : or, les principales de ces causes sont l'impuissance et certains vices de conformation des parties sexuelles. Le fait suivant vient à l'appui de ce que nous avançons.

Une femme est accusée d'impuissance, quoique ayant cohabité pendant neuf mois avec son mari; le tribunal de première instance déclare le demandeur non-recevable par divers motifs. La cour d'appel séant à Trèves est saisie de l'affaire, et rend l'arrêt suivant : Attendu, 1° que les causes physiques et le défaut de conformation qui s'opposent au but naturel et légal du mariage sont des empêchemens qui l'annulent de plein droit; 2° que les nullités dont il est mention dans le Code Napoléon n'ont évidemment rapport qu'aux cas prévus par le même Code, et qu'ainsi la fin de non recevoir opposée par l'intimée, n'est, dans l'espèce, d'aucune considération : par ces motifs, le procureur-général impérial en-

tendu : la cour, sans s'arrêter à la fin de non recevoir opposée par l'intimée, et avant faire droit au principal, tous moyens des parties demeurant saufs et réservés, ordonne que, *par des gens de l'art*, dont les parties conviendront dans le délai de trois jours, ou, qui faute de ce, seront nommés d'office, l'intimée sera vue et visitée, à l'effet de constater si son état physique et sa conformation s'opposent au but naturel et légal du mariage; et, dans le cas où il existerait un obstacle à cet effet, s'il existait déjà avant le mariage, ou s'il est survenu depuis, et s'il est possible d'y remédier, pour ce fait, etc. : du 27 janvier 1808. (Recueil général des lois et des arrêts, par J.-B. *Sirey*, tom. 8, pag. 216.)

De l'impuissance.

La fécondation ne saurait avoir lieu sans coït : celui-ci peut être fécond ou stérile; donc la stérilité peut atteindre des personnes en état d'exercer cet acte. Or, comme nous croyons devoir définir l'*impuissance*, l'*impossibilité physique d'exercer le coït*, il est évident que l'impuissance diffère de la *stérilité*. Ainsi nous rejetterons toute idée d'impuissance dès que le coït pourra s'exercer, et nous rapporterons à la *stérilité* les autres causes qui s'opposent à la fécondation.

Les causes de l'impuissance ont été distinguées en *physiques* et *morales*. Les premières sont, pour ce qui concerne l'homme, *apparentes* et non *apparentes*, tandis qu'elles sont toujours *apparentes* chez la femme. Nous allons les examiner tour à tour dans les deux sexes.

Des causes apparentes d'impuissance chez le sexe masculin.

Ces causes entraînent *nécessairement* l'impuissance :

elles consistent dans l'absence de la verge ou des testicules et dans l'imperfection du membre viril avec exstrophie de la vessie : les auteurs en ont indiqué d'autres, que nous ferons connaître plus bas; mais nous verrons qu'elles ne déterminent le plus souvent qu'une impuissance *relative* ou *momentanée*.

Absence de la verge. L'absence de la verge entraîne nécessairement l'impuissance; toutefois, comme la fécondation peut avoir lieu dès que le sperme est déposé à l'entrée des parties sexuelles féminines, et que le membre viril est assez long pour exciter chez la femme le degré d'éréthisme convenable, on aurait tort d'accuser d'impuissance un individu bien conformé d'ailleurs, dont la verge consisterait en une saillie des corps caverneux, perforée, et pouvant être introduite dans les parties génitales les plus extérieures. Les auteurs s'accordent à dire que l'impuissance virile ne pourrait être admise, dans des cas de ce genre, que lorsqu'il y aurait une imputation de viol : l'erreur est manifeste, car l'individu que l'on accuse de défloration violente peut bien être incapable de la produire, sans qu'il doive être déclaré impuissant. (*Voy.* VIOL.)

Absence des testicules. Les testicules étant les organes sécréteurs du sperme, et le coït ne pouvant s'exercer complétement sans cette liqueur, il est évident que l'absence des testicules entraîne nécessairement l'impuissance, quoique dans certains cas la verge soit susceptible d'érection, et qu'il puisse y avoir un simulacre de coït. Mais il ne suffit pas, pour déclarer l'absence des testicules, de ne point les trouver dans le scrotum, car on sait que chez les *crypsorchides* ils restent cachés

pendant toute la vie derrière l'anneau inguinal, et que chez d'autres individus ils n'arrivent dans le scrotum qu'à un certain âge. Le défaut de testicules, loin d'être congénital, peut être encore le résultat de leur ablation, et il importe, pour la médecine légale, de savoir à quelle époque cette extirpation a eu lieu. Ces considérations nous engagent à faire l'exposition des caractères pouvant servir à reconnaître, 1° s'il y a absence absolue et congénitale des testicules; 2° si ces organes sont restés derrière l'anneau inguinal; 3° s'ils ont été extirpés.

A. *Caractères d'un individu chez lequel il y a atrophie ou absence absolue et congénitale des testicules.* En général les organes génitaux sont peu développés; le pubis est tapissé par une grande quantité de graisse; les individus sont faibles de corps et d'esprit, et n'éprouvent jamais de désirs vénériens; la peau est beaucoup plus molle et plus fine qu'elle n'est ordinairement chez les autres hommes; les formes féminines prédominent; il n'y a point de barbe, la voix est grêle, les mamelles volumineuses, les mains courtes et potelées, les cuisses et les jambes semblables à celles des femmes; on ne remarque aucune trace de *cicatrice* au scrotum; quelquefois même cette enveloppe est lisse, sans raphé ni rainure dans la partie moyenne.

B. *Caractères des crypsorchides* (1), *c'est-à-dire des individus dont les testicules n'ont point franchi l'an-*

---

(1) *Crypsorchide* dérive de κρυπτω, je cache, et de ορχις, testicule.

neau inguinal. Le développement des organes génitaux est au moins aussi parfait que chez les individus dont les testicules sont dans le scrotum; les formes de la virilité sont en général très-prononcées : nous disons en général, car on a vu chez un petit nombre de crypsorchides quelques-uns des caractères appartenant au sexe féminin; toutefois l'ensemble de ces caractères n'a jamais été aussi complet et aussi tranché que chez les personnes privées de testicules. Le scrotum ne présente aucune trace de *cicatrice* ni de mutilation.

C. *Caractères d'un individu dont les testicules ont été extirpés*. Que la perte des testicules soit le résultat de la vengeance, de la jalousie, du fanatisme, de l'ignorance, de la cupidité, ou de quelque maladie, elle détermine des changemens considérables si l'individu *n'est pas encore pubère*. Le scrotum se contracte et se réduit à un petit volume; la verge conserve à peu près les dimensions qu'elle avait à l'époque de la mutilation. Les castrats sont impropres à la fécondation, mais ils peuvent exercer un simulacre de coït et excréter une certaine quantité de l'humeur de la prostate. Le squelette est totalement altéré dans sa configuration, et se rapproche de celui de la femme, ainsi que toute la conformation extérieure du corps. La peau est lisse et douce. Le volume du ventre et des jambes est beaucoup plus considérable que chez les autres hommes. Les ganglions et les vaisseaux lymphatiques tendent à s'engorger. Les capsules des articulations s'abreuvent aisément de synovie. Le menton ne se couvre point de barbe. Le volume du larynx est diminué; la glotte n'a

qu'une très-petite circonférence; les cartilages laryngiens ont peu de développement; la voix conserve le même timbre aigu que dans l'adolescence; elle acquiert seulement un peu plus de force à mesure que la poitrine s'agrandit. Les facultés intellectuelles sont peu développées; doués à peine d'intelligence, les castrats sont en général apathiques, moroses, insensibles, pusillanimes et incapables, à peu d'exceptions près, de grandes actions. En examinant attentivement le scrotum, on découvre des traces de *cicatrice*. Si l'ablation des testicules n'a eu lieu que dans l'*âge viril*, la verge peut encore entrer en érection, et le coït est possible : l'habitude virile ne subit aucun changement, en exceptant toutefois ce qui est du ressort des fonctions sexuelles; aussi la barbe se conserve-t-elle, mais elle devient moins longue et moins épaisse. Le caractère moral change, et il n'est pas rare de voir les êtres ainsi mutilés tomber dans une noire mélancolie, et finir par se suicider. On découvre aisément des traces de *cicatrice* au scrotum.

Un individu châtré après l'époque de la puberté est-il encore capable d'engendrer quelques jours après l'opération? Cette question agitée, il y a quelques années, en Allemagne, a été qualifiée a tort d'oiseuse dans un ouvrage anonyme : nous croyons qu'elle peut se reproduire et qu'elle mérite de fixer notre attention. M. Marc pense que l'individu doit être considéré comme impuisant. « Le temps qu'exige la guérison d'une blessure aussi grave semble être plus que suffisant pour reporter dans le torrent de la circulation la liqueur prolifique, qui alors ne peut plus

être remplacée ; et, en supposant même que l'individu fût capable d'engendrer quelque temps après l'accident, cette faculté devrait, après deux ou trois émissions séminales, nécessairement se perdre pour toujours; elle ne pourrait donc être considérée juridiquement que comme *temporaire.* » (*Articles Castration* et *Impuissance* du Dictionnaire des Sciences médicales.) Il faut l'avouer, nous manquons des faits nécessaires pour établir à cet égard quelque chose de positif; toutefois nous ne voyons aucun inconvénient à admettre la *puissance temporaire* dans le petit nombre de cas *seulement* où les testicules extirpés étaient sains; car il est évident que si l'ablation a été nécessitée par un état tuberculeux ou squirrheux de ces organes, comme il arrive le plus souvent, la sécrétion du sperme était viciée ou ne se faisait plus depuis long-temps : cette distinction nous paraît essentielle.

Imperfection de la verge avec exstrophie *ou* extroversion *de la vessie.* Ce vice de conformation consiste en une tumeur rouge, molle, située à la région pubienne, d'un volume variable, ordinairement de la grosseur d'une mûre ou d'une cerise à la naissance; offrant sous la forme de deux petites ouvertures les extrémités des uretères, par où l'urine suinte continuellement : cette tumeur est inégale, bosselée, et semblable à une framboise, lorsqu'elle est petite ; elle est lisse et comme bilobée si son volume est plus considérable; elle diminue par une douce compression, semble rentrer dans l'abdomen et disparaître, au point de ne laisser au dehors qu'une ouverture arrondie, dont

les bords sont formés par la peau qui y est adhérente, et qui est placée au bas de l'abdomen entre les muscles droits (sterno-pubiens) ; elle reparaît aussitôt que la compression cesse, et son volume augmente dans tous les cas de contraction forte du diaphragme, comme dans la toux, l'éternument, les cris, etc. Un examen plus approfondi fait voir que la vessie est à nu, que sa partie antérieure est ouverte et détruite, tandis que la postérieure est renversée au point de présenter au dehors sa face interne recouverte par la membrane muqueuse : il résulte de ce renversement que les intestins peuvent s'engager dans la poche formée par la partie postérieure de la vessie : cette sorte de sac herniaire s'échappe de l'abdomen à travers un écartement accidentel des muscles droits (sterno-pubiens). L'orifice urétral de la vessie est oblitéré, les pubis sont disjoints et plus ou moins écartés l'un de l'autre, l'ombilic est placé assez bas pour que dans certaines circonstances il soit caché par la tumeur, ce qui a pu donner lieu à une erreur grave : savoir, que les enfans ainsi conformés étaient nés sans cordon ombilical. Presque toujours l'extroversion de la vessie est accompagnée d'une disposition vicieuse des organes génitaux ; ce qui rend difficile la détermination du sexe. La déformation dont il s'agit est surtout remarquable dans les mâles, comme l'a observé M. Chaussier. Le *pénis*, dit ce professeur, *est court, sans urètre; quelquefois il est élargi et creusé en gouttière* à sa face supérieure; le scrotum est souvent rapetissé, vide; les testicules restent dans l'abdomen; les vésicules spermatiques manquent quelquefois. Diverses obser-

vations recueillies par Bonn, Mowat, Goupil, Tenon, J. Cloquet, etc., sur des enfans et sur des adultes, confirment le fait important que dans l'extroversion de la vessie, le *pénis est imperforé*, et que dans le cas où l'urètre était ouvert, il n'aboutissait à aucune cavité.

Les autres causes apparentes d'impuissance chez le sexe masculin, rapportées par les auteurs, sont : l'*imperforation de l'extrémité du gland*, la *bifurcation*, les *vices de dimension* et la *direction vicieuse de la verge*, le *rétrécissement du canal de l'urètre*, le *phymosis*, le *paraphymosis*, les *hernies scrotales*, le *sarcocèle* et l'*hydrocèle*. Ces causes, comme nous l'avons déjà dit, n'entraînent pas nécessairement l'impuissance; quelques-unes ne donnent lieu qu'à une impuissance momentanée, puisqu'on peut les faire cesser : il en est enfin qui ne déterminent jamais qu'une impuissance relative.

L'*imperforation* de l'extrémité du *gland* que l'on remarque chez les *hypospades* et les *épispades*, n'est pas, disons-nous, une cause nécessaire d'impuissance : en effet on désigne sous le nom d'*hypospadias* une affection dans laquelle l'urètre s'ouvre, soit à la base du gland, soit à la partie de la verge qui fait angle avec le scrotum, ou dans quelque point intermédiaire, mais toujours au-dessous de cet organe; on nomme au contraire *épispadias* ce vice de conformation des parties génitales dans lequel l'urètre s'ouvre à la partie supérieure du pénis, plus ou moins près de l'arcade du pubis. Or, il est évident que les individus atteints de ces vices de conformation, ne pourront être déclarés impuissans qu'autant que l'ouverture de l'urètre sera assez près du pubis pour que le sperme ne puisse

pas arriver dans le vagin : hors ce cas, ils doivent être reconnus capables d'exercer un coït fécond, à moins qu'il n'y ait absence des autres signes de la virilité. Hunter allait encore plus loin ; il disait avoir rendu fécond un hypospadiaque dont le sperme sortait par le périnée, en faisant recueillir ce fluide dans une seringue au moment de l'éjaculation, et en l'injectant dans le vagin pendant l'éréthisme vénérien de la femme. Cette assertion ne nous paraît pas admissible.

La restriction que nous venons de mettre à la puissance des hypospades pourrait toutefois ne pas être adoptée par les médecins qui embrasseraient l'opinion de quelques autorités célèbres : en effet, Eschenbach, Teichmeyer, Faselius, Hebenstreit, Haller, Mahon, etc., refusent aux hypospades et aux épispades la faculté d'exercer un coït fécond. Zacchias partage cet avis, excepté dans le cas ou l'orifice de l'urètre serait peu éloigné du gland. Mais qu'il nous soit permis de remarquer que dans les observations rapportées postérieurement par Kopp, Friebe et Siméons, la faculté de procréer des hypospades est mise hors de doute ; d'ailleurs, le raisonnement seul devrait nous conduire à l'admettre dans tous les cas ou le sperme peut être déposé dans le vagin, dès qu'il est prouvé que des femmes ont conçu quoique ce conduit fût presque fermé, et que d'autres conservaient encore la membrane hymen au moment de l'enfantement, membrane qu'il a fallu inciser pour permettre à la tête de l'enfant de sortir.

La *bifurcation* ou la *duplicité* de la verge ne peut être considérée comme cause d'impuissance, que

lorsqu'elle ne permet à aucune des extrémités du membre de s'introduire dans le vagin; encore faudra-t-il rechercher, avant de porter un jugement, si le pénis bifurqué qui ne peut être introduit dans un vagin étroit, ne pourrait pas se loger dans un vagin plus ample, ou s'il ne serait pas possible, par un simple changement de position des époux, de le faire arriver dans la même cavité qui naguère lui refusait l'entrée; il est évident que dans le premier cas l'impuissance ne serait que relative.

Vices de dimension de la verge. Ce que nous avons dit à la page 124, à l'occasion de l'absence de la verge, prouve qu'il est impossible de regarder la *petitesse* du membre viril comme une cause d'impuissance. Sa *longueur démesurée*, quoique pouvant occasioner la contusion du col de l'utérus et d'autres accidens, ne doit cependant pas être considérée comme un motif d'impuissance, puisqu'il suffit de certaines précautions pour que le coït ne soit pas douloureux; d'ailleurs la longueur des vagins n'est pas la même, et si le col de l'utérus d'une femme est atteint par un long pénis, celui de plusieurs autres pourra ne pas l'être. La *grosseur excessive* de la verge donne quelquefois lieu à des douleurs vives pendant le coït; mais comme le vagin est susceptible de se dilater beaucoup, soit par l'acte vénérien, soit par des efforts lents et gradués, et que d'une autre part la largeur des vagins est loin d'être la même chez toutes les femmes, nous ne regarderons point la grosseur du membre viril comme une cause d'impuissance, malgré l'opinion contraire de M. Fodéré.

La direction vicieuse de la verge, consistant en ce qu'elle est courbée en haut, en bas, à droite ou à gauche, n'est pas un motif d'impuissance, s'il est possible de faire parvenir le sperme dans le vagin; d'ailleurs ce vice de conformation n'est pas toujours congénital; il peut être la suite d'un état variqueux, d'un engorgement ou d'une induration des corps caverneux, etc., comme l'a très-bien observé De la Peyronnie: or il est quelquefois permis d'y remédier.

Le retrécissement du canal de l'urètre. S'il est vrai qu'à la suite des blennorrhagies, le canal de l'urètre peut être tellement rétréci qu'il refuse de livrer passage au sperme, et que celui-ci ne sort qu'en bavant et par gouttes lorsque déjà le membre viril est hors du vagin, il est également certain que l'art possède des moyens de guérir la maladie, ou du moins de rétablir assez bien le cours du sperme pour qu'il ne soit point permis d'admettre l'impuissance.

Le *phymosis* et le *paraphymosis* sont deux affections congénitales ou acquises, auxquelles on peut facilement remédier, et qu'il serait par conséquent absurde de ranger parmi les causes apparentes d'impuissance.

Les *hernies scrotales* peuvent être tellement volumineuses, que la verge soit presque effacée et le coït impossible; néanmoins on aurait tort de les regarder en général comme un motif d'impuissance, non-seulement parce qu'il est des cas où le coït peut s'exercer dans certaines positions du corps de l'homme et de la femme; mais surtout parce qu'il n'est *presque point* de hernie qui ne puisse être réduite en totalité ou en

partie au bout d'un certain temps, à la faveur du repos, de la diète, et le l'amaigrissement qui en est la suite (1). La verge peut également être effacée par une *hydrocèle* volumineuse ; mais comme cette affection est susceptible de guérir radicalement, ou qu'il est du moins permis de vider la tumeur, on ne saurait la considérer comme un motif d'impuissance.

Le sarcocèle. Si les deux testicules sont squirrheux, la sécrétion du sperme ne se fait plus, et il y a nécessairement impuissance. Il n'en est pas de même si la maladie n'a atteint qu'un seul testicule, car alors l'autre peut fournir assez de liqueur séminale pour rendre le coït fécond. Dans les cas excessivement rares où le sarcocèle consiste dans une induration et un épaississement de la tunique vaginale et de la membrane fibreuse qui la recouvre, l'individu jouit de la faculté de procréer; mais il est impossible de reconnaître du vivant de l'individu cette variété du sarcocèle. Quoi qu'il en soit, avant de prononcer sur une question d'impuissance qui reconnaîtrait pour cause un sarcocèle, il faut éviter de confondre avec lui l'induration et le gonflement du scrotum, et cette affection du testicule dans laquelle on remarque plusieurs petites tumeurs qui suppurent, et que l'on guérit facilement en ouvrant les abcès.

---

(1) Les hernies qui ne sont susceptibles d'aucun genre de réduction sont fort rares; on ne les observe que lorsque les parties déplacées adhèrent intimement au collet du sac herniaire, et que celui-ci est lui-même très-adhérent à l'ouverture aponévrotique à laquelle il correspond.

Causes cachées d'impuissance chez le sexe masculin.

Ces causes sont de deux ordres; tantôt il existe certains vices organiques des parties génitales, qu'il est impossible d'apprécier pendant la vie; tels sont l'endurcissement du *verumontanum*, l'engorgement de la prostate, etc.; tantôt il y a absence d'énergie nerveuse, soit générale, soit locale. Ces causes d'impuissance, pour ne pas pouvoir être appréciées par le médecin, n'en sont pas moins réelles, et il importe qu'il en ait connaissance, parce que s'il ne parvient pas à établir la réalité de l'impuissance d'après des faits apparens, du moins prouvera-t-il que l'impuissance n'est pas impossible, ce qui n'est pas indifférent pour les magistrats chargés de prononcer le jugement.

Vices organiques. Dans un mémoire sur quelques obstacles qui s'opposent à l'éjaculation naturelle de la semence, De la Peyronnie parle d'un homme qui avait déjà eu trois enfans, et qui, à la suite d'une gonorrhée dont il négligea le traitement, faisait de vains efforts pour éjaculer le sperme, qui ne sortait qu'en bavant, peu de temps après le coït; l'urine cependant était rendue sans difficulté, ce qui ne permettait pas de supposer un retrécissement ou tout autre obstacle dans l'urètre. A l'ouverture du cadavre, on trouva une cicatrice sur l'éminence de la portion du *verumontanum* qui regarde la vessie : les brides de cette cicatrice avaient changé la direction des vaisseaux éjaculatoires, de manière que leurs ouvertures, au lieu d'être dirigées comme elles le sont naturellement vers le bout de la verge, l'étaient dans le sens contraire, c'est-

à-dire vers le col de la vessie; aussi le sperme, ne pouvant plus se diriger vers le bout du gland, était il réfléchi vers le côté droit du col de la vessie. (Mémoires de l'Académie de chirurgie, t. Ier.) Plusieurs auteurs rapportent également des exemples dans lesquels les vaisseaux éjaculatoires étaient remplis d'une matière comme pétrifiée, ou dont l'extrémité urétrale était bouchée et endurcie par une substance analogue.

Absence d'énergie nerveuse. Quelque complète et parfaite que soit en apparence l'organisation des parties génitales, l'homme peut cependant être impuissant par cela seul qu'il est épuisé. Cet épuisement est général ou borné aux organes de la génération ; il dépend de l'âge, des excès de tout genre, de certaines maladies débilitantes, d'une trop forte contention d'esprit, etc. Mais s'il est incontestable que l'âge doive être regardé comme une cause d'épuisement, faudra-t-il refuser avec quelques auteurs de médecine légale, la puissance générative à tout individu qui aura atteint la soixante - dixième année? L'observation nous apprend tous les jours le contraire, en nous montrant des hommes plus âgés, qui jouissent encore de la faculté de procréer, tandis que des libertins de trente et de quarante ans sont énervés et hors d'état de propager l'espèce. On ne peut donc pas établir d'une manière précise l'époque à laquelle cesse la faculté d'engendrer. Quant à l'épuisement déterminé par les autres causes dont nous avons parlé, il importe de distinguer s'il est général ou partiel : ne voit-on pas, en effet, des individus épuisés par de vastes foyers purulens qui ont leur siége dans les poumons ou dans

d'autres organes, satifaire leurs désirs vénériens avec la plus grande énergie, et exercer un coït fécond? Les phthisiques sont particulièrement dans ce cas. Dans d'autres circonstances, au contraire, tout semble annoncer une constitution assez vigoureuse, tandis que les organes génitaux, et particulièrement les muscles érecteurs, sont frappés d'une faiblesse que l'homme de l'art n'aurait pas osé soupçonner avant que la partie intéressée en eût fait l'aveu. Ces détails, sur lesquels il serait inutile d'insister, prouvent combien il doit être difficile d'assigner l'absence d'énergie nerveuse comme cause d'impuissance, et par conséquent combien il y aurait de témérité de la part du médecin qui ne se bornerait pas à émettre *des doutes*.

HUITIÈME LEÇON.

Des causes apparentes d'impuissance chez le sexe féminin.

Il en est de ces causes comme de celles qui déterminent l'impuissance chez le sexe masculin; les unes s'opposent nécessairement à la reproduction, tandis que les autres ne doivent être considérées que comme des motifs d'impuissance *temporaire* et *relative*: nous allons les exposer succinctement.

L'*absence du vagin* entraîne nécessairement l'impuissance.

L'*oblitération des organes génitaux*, acquise ou congénitale, produite par la réunion des grandes et des petites lèvres ou des caroncules myrtiformes, par la

persistance et la dureté de l'hymen, ou par la présence d'une autre membrane située beaucoup plus haut, et qui peut exister en même temps que l'hymen, ne saurait être un motif d'impuissance, puisqu'on peut y remédier facilement par une incision. L'oblitération du *vagin* qui serait irremédiable ne devrait pas être encore regardée comme cause d'impuissance, si l'extrémité supérieure du vagin communiquait avec le rectum, ou que ce canal vînt s'ouvrir dans la paroi antérieure de l'abdomen. Les faits suivans sont propres à éclaircir ce sujet :

1° *Barbaut* rapporte que dans deux cas de communication du vagin avec le rectum, l'accouchement eut lieu, une fois au moyen d'une déchirure qui s'étendit jusqu'au méat urinaire, et l'autre fois à l'aide d'une incision qui favorisa la sortie du fœtus. (Cours d'accouchemens, pag. 59.) 2° Une jeune Piémontaise était au moment d'accoucher, lorsqu'on s'aperçut qu'il y avait une tumeur volumineuse à l'endroit correspondant à l'orifice du vagin. Le professeur *Rossi* crut distinguer la tête de l'enfant à travers la tumeur, qu'il incisa, et l'accouchement eut lieu. Il s'agissait de savoir comment la conception avait pu s'effectuer, et il résulta des aveux de la femme, que son mari n'ayant pas trouvé ce qu'il désirait, avait suivi une route opposée. L'éclaircissement fut complet, lorsqu'on eut constaté qu'il existait une communication congénitale et directe entre le vagin et le rectum. (Article IMPUISSANCE, du Dictionnaire des sciences médicales). A la vérité, si, par suite de cette communication, le vagin est sali, enflammé ou érodé par l'urine ou par les ex-

cremens, il est à présumer que la copulation n'aura pas lieu; mais il y a loin de là à déclarer la femme impuissante; 3° On lit dans Morgagni, que *Gianella* fut appellé pour donner des soins à une femme enceinte, d'environ quarante ans, dont le vagin s'ouvrait à la paroi antérieure de l'abdomen; il fut obligé de dilater l'ouverture extérieure, pour qu'elle permît le passage de l'enfant. (Liber quintus, epist. 67. tom. III, pag. 368.)

Le resserrement excessif du vagin doit être regardé comme cause d'impuissance, si l'art ne parvient pas à dilater convenablement ce canal; il faut donc, avant de porter son jugement, savoir que ce vice de conformation peut dépendre d'une dépression considérable et *irremédiable* des os pubis, d'une hypersarcose, de callosités, de tumeurs, de brides, etc., qui résistent quelquefois aux efforts de l'art. Dans la plupart des cas cependant, l'étroitesse du vagin ne tient à aucune de ces causes, et l'on peut y remédier. Ici les observations se présentent en foule; nous nous bornerons à citer la suivante: Benevoli est appelé pour traiter une femme mariée depuis plus de trois ans, au moment où le mariage devait être annulé parce que le vagin n'était pas plus large qu'une plume à écrire de moyenne grosseur, malgré les efforts d'un mari vigoureux; les parois de ce canal étaient dures et comme calleuses: l'usage des fomentations émollientes et de pessaires de différentes grosseurs, faits avec la racine de gentiane, procura une dilatation suffisante pour permettre le coït. (*Van Swietten*, Commentaria, etc., morbi virginum, § 1290, tom. IV, pag. 386.)

Il est des cas où l'étroitesse du vagin disparaît d'elle-même : on lit dans les Mémoires de l'Académie des sciences de Paris (année 1712), qu'une jeune fille, mariée à l'âge de seize ans, avait le vagin assez étroit pour permettre à peine l'introduction d'une plume à écrire; les règles coulaient difficilement et avec douleur; tout portait à croire que l'extrémité supérieure du vagin était plus étroite encore que l'inférieure; la copulation avait été déclarée impraticable par les gens de l'art; cependant, après onze ans de mariage, cette femme devint grosse, quoique le rétrécissement du canal n'eût point diminué; vers le cinquième mois de la grossesse, le vagin commença à se dilater, et finit par acquérir les dimensions convenables pour que l'accouchement eût lieu.

Mais si les faits qui précèdent prouvent que le rétrécissement *excessif* et *irremédiable* du vagin est une cause d'impuissance, il en est d'autres qui nous forcent à admettre, qu'avec un rétrécissement même assez *considérable* de ce canal, la copulation peut avoir lieu, surtout lorsque le membre viril n'est pas gros ; dès lors ce rétrécissement ne saurait être considéré que comme un motif d'impuissance *relative*. A l'ouverture du cadavre d'une jeune fille de treize ans, que l'on savait s'être livrée à la masturbation, et n'avoir jamais été réglée, on découvrit plusieurs parties d'un fœtus dans l'ovaire gauche; cependant on apercevait la membrane hymen, et le vagin était assez *étroit* pour permettre à peine l'introduction du *petit doigt*. Le bassin, les mamelles et les organes génitaux, excepté le clitoris, avaient les mêmes dimensions que dans l'enfance.

(*Nysten*, Journal de médecine, chirurgie et pharmacie de Corvisart, etc., tom. V, brumaire an XI.)

L'*ampleur du vagin* a été regardée à tort comme une cause d'impuissance; il est vrai que lorsqu'elle est le résultat de la rupture du périnée, et que le vagin communique avec l'anus, l'affection est trop dégoûtante pour que l'on suppose la copulation possible; mais si elle a lieu, le coït peut être fécond.

Le *prolapsus du vagin et de l'utérus* n'est pas non plus une cause nécessaire d'impuissance; car on a vu, rarement à la vérité, des femmes accoucher la matrice étant pendante entre les cuisses, et dans un état de prolapsus complet; d'ailleurs on sait que l'on peut y remédier dans beaucoup de cas, et que certains prolapsus utérins ont été guéris par la fécondation.

Est-il nécessaire de réfuter l'erreur dans laquelle sont tombés plusieurs médecins, en attribuant l'impuissance aux *dimensions excessives du clitoris et des nymphes*?

L'état squirrheux ou carcinomateux de la matrice n'est point un motif d'impuissance, puisqu'il ne s'oppose même pas à la fécondation, comme nous le dirons en parlant de la *stérilité*; toutefois il faut avouer que la douleur qui accompagne alors cet acte doit détourner la femme de s'y livrer. Nous ne regarderons pas non plus comme un motif d'impuissance l'*occlusion complète* de l'orifice de l'utérus. (*Voyez* STÉRILITÉ.)

La *sensation douloureuse* que produit le coït, et qui tient dans beaucoup de cas à un des vices de conformation dont nous venons de parler, ne saurait être regardée comme cause d'impuissance, qu'autant que la douleur serait assez vive pour que l'approche de

l'homme ne pût être supportée; cette impuissance d'ailleurs pourrait n'être que *temporaire* ou *relative*, puisqu'il serait possible dans certains cas de faire cesser la douleur en employant des médicamens appropriés, et que dans d'autres circonstances il serait permis de croire à la possibilité du coït avec un individu dont le membre viril aurait de plus petites dimensions.

Quelques auteurs rangent encore parmi les causes apparentes d'impuissance chez la femme, *la conformation très-vicieuse des os du bassin et une tumeur interne rétrécissant ses diamètres*, parce qu'il est difficile de concevoir la possibilité que la femme puisse accoucher naturellement et sans le plus grand danger pour sa vie, ainsi que pour celle du fœtus. (Marc.) Nous pensons qu'excepté le cas ou le défaut de conformation ne permet pas l'entrée du membre viril dans le vagin, cet état ne peut être regardé comme une cause d'impuissance, mais bien comme un motif d'opposition au mariage.

Des causes morales d'impuissance.

Indépendamment des causes physiques d'*impuissance* dont nous avons parlé, il en est d'autres que l'on appelle morales, et dont l'action peut se faire sentir chez le *sexe masculin*, lors même que les organes génitaux sont parfaitement conformés.

Ne sait-on pas en effet que la haine, le dégoût, la timidité, des désirs trop vifs, des écarts de l'imagination, peuvent rendre l'homme incapable d'exercer le coït? Mais dans ces cas l'aptitude à la copulation n'est que

suspendue; l'impuissance, si elle pouvait être admise, serait tout au plus *temporaire* et *relative*; le plus léger repos du corps et de l'esprit, ou la simple vue d'une autre femme qui n'inspire aucun sentiment pénible, suffiraient pour réveiller la puissance génératrice. Ce serait à tort que l'on déclarerait *impuissant* l'individu qui serait soumis à l'influence de ces causes, parce que l'art ne possède aucun moyen d'apprécier leur existence ni leur degré d'influence. Il n'en est pas de même chez la *femme*: aucune de ces causes morales ne peut la faire déclarer impuissante, parce qu'il y a des exemples de coït même fécond, chez des femmes qui, loin d'y avoir pris une part active, étaient restées dans la plus parfaite immobilité, et que chez d'autres on a vu l'acte vénérien se consommer au milieu de la haine, de l'épouvante et de la douleur.

De la stérilité.

La stérilité diffère de l'impuissance (*Voy.* page 123) et consiste dans une disposition particulière qui s'oppose à la conception. Un homme atteint d'impuissance irremédiable est nécessairement stérile, puisque la fécondation ne saurait avoir lieu sans coït. Une femme peut être impuissante sans être stérile; en effet, si l'impossibilité d'exercer le coït dépend chez elle d'un vice de conformation qui s'oppose à l'introduction du membre viril, il suffira d'y remédier pour que la conception ait lieu.

Les causes de la stérilité chez la femme sont : l'absence de l'utérus, le défaut de cavité dans son inté-

rieur, l'obturation de son orifice (1); le manque des deux ovaires; leur état squirrheux, carcinomateux, ou leur hydropisie; l'absence des deux artères spermatiques; l'oblitération des deux trompes, et des conformations vicieuses dans lesquelles le vagin se termine à une certaine profondeur par une sorte de cul-de-sac, ou s'ouvre dans la vessie : il est évident que dans ce dernier cas la conception ne pourrait pas avoir lieu, lors même que le méat urinaire aurait éprouvé une dilatation successive assez grande pour admettre le pénis, comme des auteurs assurent l'avoir vu. L'ouverture du vagin dans le rectum ou dans la paroi antérieure de l'abdomen n'est pas une cause de stérilité. (*Voyez* page 138.)

La plupart des vices de conformation dont nous venons de parler rendent la stérilité absolue et incurable, tandis qu'il est des vices de situation que l'on ne saurait considérer que comme des causes *temporaires* de stérilité : ainsi, que l'orifice de l'utérus soit trop bas, trop porté en arrière ou de côté, l'art parvient à le rétablir dans sa position naturelle, ou bien il suffit d'exercer le coït avec certaines précautions pour en faire disparaître les inconvéniens.

Un troisième ordre de causes de stérilité chez la

(1) Les exemples d'agglutination des parois ou des lèvres du col de l'utérus sont beaucoup plus rares qu'on ne l'a dit : en effet, comme l'observe fort bien M. Desormeaux, on s'en est laissé imposer par une grande obliquité antérieure de l'utérus, qui en avait rendu l'orifice inaccessible au doigt de l'accoucheur.

femme, est celui qui tient à une disposition *particulière* du tempérament, ou à une *affection* générale exerçant une grande influence sur l'utérus. Ici toutes les parties génitales sont en apparence bien conformées, et néanmoins la femme est stérile; il est vrai que la stérilité peut cesser au bout d'un certain temps, soit parce qu'on guérit la maladie qui la produisait, soit parce que le tempérament change avec l'âge. Combien de femmes, par exemple, n'a-t-on pas vues devenir fécondes après quinze et vingt ans de stérilité?

Les flueurs blanches et les règles immodérées ne sont point des causes de stérilité; la conception, pour être plus difficile chez les femmes atteintes de ces maladies, n'en a pas moins lieu; nous en dirons autant du *squirre* et du *cancer* de la matrice; un état même très-avancé de ces lésions organiques n'empêche pas les femmes de devenir enceintes et d'accoucher à terme; enfin, il y a long-temps que les médecins s'accordent à ne plus regarder comme causes de stérilité le défaut de menstruation et de sensation voluptueuse, plusieurs femmes étant devenues grosses sans avoir jamais été réglées, et d'autres ayant été très-fécondes quoiqu'elles ne prissent aucune part aux jouissances vénériennes.

Si les causes de stérilité chez la femme sont souvent si difficiles à apprécier, la difficulté est encore plus grande lorsqu'il s'agit de déterminer les motifs de la stérilité chez l'*homme* qu'aucun vice de conformation ne rend impuissant: la solution d'un pareil problème est au-dessus des ressources de l'art. Quand il y a impuissance irremédiable, la stérilité en est une suite nécessaire; si l'impuissance n'est que *temporaire*,

l'homme pourra ne pas être stérile : aussi ne partageons-nous pas l'opinion de M. Fodéré, lorsqu'il regarde comme cause de stérilité chez l'homme des cicatrices dans l'urètre, qui obligent la liqueur spermatique de rétrograder vers la vessie; car il est évident que si l'on parvient à détruire ces cicatrices, le sperme pourra arriver jusque dans le vagin.

Conclusions sur l'impuissance et la stérilité.

1° Il existe chez l'un et chez l'autre sexe des causes appréciables d'impuissance absolue et irremédiable : il suffit de constater ces causes, qui ne sont pas aussi nombreuses qu'on l'a dit, pour déclarer l'individu impuissant.

2° Certains vices d'organisation que nos sens peuvent saisir, et auxquels l'art peut remédier, déterminent l'impuissance que l'on doit qualifier de *temporaire*.

3° Dans d'autres circonstances, la disproportion entre les organes génitaux de l'homme et de la femme est telle, que si par des moyens appropriés on ne parvient pas à la corriger assez pour permettre la copulation, on doit déclarer qu'il y a impuissance *relative*.

4° Les causes morales ne suffisent point pour établir l'impuissance; elles ne peuvent tout au plus que servir d'excuse au prévenu.

5° Le temps a fait justice des prétendus avantages d'une méthode aussi immorale qu'insuffisante pour établir la réalité de l'impuissance : nous voulons parler du *congrès*, qui avait pour objet de mesurer en quelque sorte la puissance génératrice en présence de témoins.

6° Dans une accusation d'impuissance *temporaire* et *relative* qui n'existerait plus au moment où le médecin serait requis de donner son avis, comme cela pourrait avoir lieu, par exemple, dans le cas d'un désaveu de paternité, il faudrait prouver, par des attestations des gens de l'art, qu'il y avait impuissance à l'époque prétendue du coït.

7° Il n'est permis de conclure à la *stérilité*, que dans le cas où il y a impuissance *irrémediable*.

8° Dans toute autre circonstance, on ne peut établir que de simples conjectures, insuffisantes pour faire dissoudre un mariage ou pour attaquer la légitimité des enfans.

Des vices de conformation des organes génitaux, qui donnent à un individu l'apparence d'un sexe dont il ne fait point partie.

Tout ce que nous avons dit à l'article *Impuissance* se rapporte à des individus dont le sexe peut être facilement déterminé; en effet, ce n'est guère que dans certains cas d'exstrophie de la vessie, d'hypospadias et de prolapsus de l'utérus, que l'homme de l'art peut éprouver quelques difficultés à assigner le sexe. Il n'en est pas de même ici; la difformité des parties génitales est quelquefois telle, qu'il est extrêmement difficile d'acquérir cette connaissance, d'autant plus que l'on peut trouver réunis chez le même individu *presque* tous les organes génitaux des deux sexes. C'est au peu d'attention apportée dans l'étude de ces êtres bizarres, que l'on doit attribuer la croyance où sont encore de nos jours plusieurs personnes, qu'il existe

des individus offrant les deux sexes, de véritables *hermaphrodites* (1). L'état actuel de nos connaissances ne nous permet pas d'adopter de pareilles idées, tout en admettant que la plupart des plantes et plusieurs animaux d'un ordre inférieur réunissent les organes mâles et femelles chez un même individu; le mot *hermaphrodisme* devrait donc être rayé du langage médical, toutes les fois qu'il serait question de l'espèce humaine. Conséquens dans cette manière de voir, nous nous garderons bien de l'employer.

Les vices de conformation dont nous parlons peuvent être l'objet d'une enquête, soit qu'il s'agisse de constater l'état *civil* d'une personne, soit que l'on veuille *statuer* sur son aptitude à la procréation avant ou après qu'elle aura contracté mariage. Non pas que la législation actuelle, à l'égard de pareils individus, se ressente en aucune manière de la barbarie de celle des anciens temps, où l'on voyait jeter à la mer, enterrer vivans, ou pendre les infortunés atteints de ces vices de conformation, sous prétexte qu'ils avaient fait ou qu'ils pouvaient faire un mauvais usage de leurs organes génitaux.

Nous croyons devoir examiner chacun de ces vices de conformation, avant de chercher à résoudre les questions que le magistrat pourrait adresser aux médecins.

Vices de conformation chez l'homme. A. Lorsque, dans

(1) La Fable nous apprend que la nymphe Salmacis, irritée de l'indifférence qu'affectait pour son amour *Hermaphrodite*, fils de Mercure (Ερμης) et de Vénus (Ἀφροδίτη), elle obtint des dieux que son corps fût réuni au sien pour n'en former qu'un seul.

l'*hypospadias*, l'ouverture de l'urètre est au périnée, le scrotum est divisé sur la ligne médiane, et forme un enfoncement plus ou moins profond ; les bords de cette fente, produits par deux replis de la peau, ressemblent aux grandes lèvres de la vulve, et renferment quelquefois les testicules ; d'autrefois ces organes sont retenus derrière les anneaux inguinaux, ou forment deux éminences saillantes aux deux côtés du pubis. Le pénis, tantôt de longueur ordinaire, est plus souvent petit, et offre un gland imperforé ; quelquefois il est fendu ; dans certains cas il communique avec le rectum. Voici un exemple d'hypospadias très-compliqué et fort remarquable.

En 1792 un enfant nouveau-né est porté sur les registres de l'état civil comme appartenant au sexe féminin ; on lui impose les noms de *Marie-Marguerite*. Parvenu à l'âge de la puberté, deux tumeurs se présentent à l'anneau inguinal ; on cherche à les contenir au moyen d'un double brayer, qui occasione des douleurs assez vives pour qu'on ne puisse plus en continuer l'usage ; les deux corps ovoïdes qui formaient ces tumeurs arrivent dans le scrotum. A l'âge de dix-neuf ans *Marie* devait se marier ; ses parens décidèrent qu'elle serait visitée par un homme de l'art, puisque le chirurgien chargé de soigner les tumeurs publiait qu'elle était blessée de manière à ne jamais pouvoir contracter mariage. Le docteur Worbe décide que cet individu appartient au *sexe masculin*. En vertu d'un jugement rendu en 1813, après une nouvelle visite faite par trois médecins, *Marie* est déclarée appartenir au sexe masculin, et il lui est ordonné de quitter ses habits de femme ; son acte de naissance sera et demeurera rectifié. Voici

comment le docteur Worbe décrit cet individu à l'âge de vingt-trois ans : « Il a les cheveux et les sourcils châtain clair ; une barbe blonde commence à cotonner sur la lèvre supérieure et à son menton ; le timbre de sa voix est mâle ; sa taille est de quatre pieds onze pouces ; sa peau est très-blanche, et sa constitution robuste ; ses membres sont arrondis, mais bien musclés ; la conformation du bassin ne présente aucune différence de celui d'un homme ; les genoux ne sont pas inclinés l'un vers l'autre ; ses mains sont larges et fortes ; les pieds ont des proportions analogues. Jusqu'ici *Marie* n'est qu'un homme ordinaire ; cependant, si l'on considère les seins, on les prendrait, à leur volume, pour ceux d'une jeune fille ; mais ils sont pyriformes ; leur mamelon est peu saillant ; est-il érectile ? J'ai cherché à le savoir, je n'ai pu me faire comprendre. Il ne m'a pas semblé que ces seins présentassent au toucher cette structure glanduleuse, caractère spécial de l'organe de la sécrétion du lait. Le pubis est couvert d'une assez grande quantité de poils, d'une couleur moins foncée que celle des cheveux : ces poils sont rares dans les environs de cette région. Si l'on écarte les cuisses l'une de l'autre, on remarque une fente longitudinale ; les replis de la peau qui la forment sont exactement rapprochés ; on ne voit au-dehors de cette fente rien qui annonce les parties génitales du mâle. Qu'avec la main on explore ces parties, d'abord on sent deux corps suspendus chacun à un cordon sortant de l'abdomen par l'anneau sus-pubien ; celui qui est à droite est plus volumineux ; il descend plus bas que celui qu'on trouve à gauche. On ne peut douter que

ces corps ne soient de véritables testicules tenant aux cordons spermatiques, quand on a eu plusieurs fois l'occasion de palper ces organes chez différents sujets, tant dans l'état sain que dans l'état malade. En écartant ce qui forme les lèvres de cette espèce de vulve, on observe supérieurement un gland imperforé. Ce gland est petit, et, pour sa forme, il peut être comparé à l'extrémité du doigt annulaire d'une main de moyenne grosseur. Au-dessous de ce corps charnu commence un demi-canal qui vient aboutir à une ouverture située à un pouce et demi en avant de la marge de l'anus. Cette ouverture est taillée de derrière en devant, comme une plume à écrire, comme un cure-dent; *c'est l'orifice externe du canal de l'urètre*. De ce que je viens d'exposer, il suit que, dans le sujet qui fait la matière de cette dissertation, le scrotum est séparé en deux loges; que chacune contient un testicule; que ces témoins irrécusables de la virilité sont les tumeurs que le chirurgien de Bu a prises pour des hernies inguinales; que la verge est imparfaite; qu'enfin ce sujet est affligé d'un *hypospadias très-compliqué*. (Bulletin de la Société de la Faculté de médecine, n° 10, année 1815.)

B. Il existe des cas où, sans qu'il y ait *hypospadias*, le scrotum paraît fendu, et simule plus ou moins une vulve; cette fente résulte alors d'un renfoncement assez considérable du raphé, pour que l'on croie à l'existence d'un vagin; mais on s'aperçoit bientôt que ce n'est qu'un cul-de-sac placé entre le rectum et la vessie.

C. On a vu le gland conformé de manière à présenter une fente qui le faisait ressembler en petit aux parties génitales externes de la femme.

D. Les individus chez lesquels il y a absence ou atrophie des testicules offrent en général les formes extérieures de la femme, quoiqu'ils appartiennent évidemment au sexe masculin. Nous ne reviendrons pas sur ce sujet, que nous avons traité à la page 125 ; nous nous bornerons à citer l'observation suivante : Un enfant de treize ans, presque idiot, n'avait point de verge, mais on voyait à la place un prépuce d'environ deux lignes, sous lequel était situé l'urètre ; le scrotum, lisse, sans raphé ni rainure, contenait deux testicules de la grandeur de ceux d'un fœtus ; on ne découvrait aucune trace de vagin ; le pénil était surchargé de graisse. Le corps de cet enfant, haut de quatre pieds, était d'une grosseur extraordinaire ; il semblait ne former qu'une masse de graisse ; les mamelles étaient aussi volumineuses que celles d'une femme très-grasse. (*Home*, Transactions philosophiques, année 1799.)

NEUVIÈME LEÇON.

Vices d'organisation chez la femme.

E. Il existe des femmes dont les organes génitaux sont parfaitement conformés, si ce n'est que le *clitoris* présente des dimensions excessives qui lui donnent l'apparence d'un membre viril imperforé ; du reste les formes du corps appartiennent d'une manière si prononcée au sexe féminin, qu'il est impossible qu'on soit induit en erreur.

F. Dans d'autres circonstances, la longueur du *cli-*

toris n'est pas la seule bizarrerie des parties sexuelles, et l'on découvre en outre quelques-unes des formes qui caractérisent le corps de l'homme. Le fait suivant, observé par notre collègue et ami Béclard, est trop remarquable pour ne pas être consigné ici par extrait: *Marie-Madeleine Lefort*, âgée de seize ans, paraît appartenir au sexe masculin, si l'on n'a égard qu'à la proportion du tronc, des membres, des épaules et du bassin, à la conformation et aux dimensions de cette dernière cavité, au volume du larynx, au ton de la voix, au développement des poils, et à la forme de l'urètre, qui se prolonge au delà de la symphyse des pubis; elle fait pourtant partie du sexe féminin, comme on peut s'en convaincre en examinant attentivement les organes génitaux. Le pénil est arrondi et couvert de poils nombreux. Au-dessous de la symphyse des pubis, on aperçoit un *clitoris* péniforme, long de vingt-sept millimètres dans l'état de flaccidité, susceptible de s'allonger un peu dans l'érection, muni d'un gland imperforé, creusé inférieurement d'un canal déprimé, à la partie inférieure duquel on voit cinq petits trous placés régulièrement sur la ligne médiane. Au-dessous, et en arrière de ce clitoris, on remarque une vulve à deux lèvres étroites, courtes, minces et garnies de poils, ne contenant point de testicules, et s'étendant jusqu'à dix lignes au-devant de l'anus. Dans l'intervalle des lèvres est une fente très-superficielle, sous laquelle la pression fait sentir vaguement un vide au-devant de l'anus. A la racine du clitoris, on voit une ouverture arrondie; une sonde, introduite par cette ouverture, ne peut être portée dans la vessie; on la

dirige facilement du côté de l'anus, parallèlement au périnée, et alors on peut soulever ou tendre le fond de la vulve, et reconnaître que la membrane qui en réunit les deux lèvres est épaisse à peu près deux fois comme la peau, et dense comme elle. La sonde étant portée un peu en arrière et dirigée en haut à la profondeur de huit à dix centimètres, on rencontre un obstacle sensible à son contact: cette sonde n'amène point d'urine; elle ne paraît pas être dans l'urètre, mais bien plutôt dans le vagin; on la sent à travers une cloison tout-à-fait semblable à la cloison *recto-vaginale*. A l'endroit où elle s'arrête, on reconnaît avec le doigt, à travers les parois du rectum, un corps qui paraît être le *corps de l'utérus*. Nulle part on ne découvre de testicules. *Marie* est réglée depuis l'âge de huit ans; le sang sort à demi coagulé par l'ouverture que nous avons dit exister à la racine du clitoris; si l'on sonde à cette époque, on retire l'instrument rempli de sang. Persuadée qu'elle est femme, dit M. Béclard, cette fille éprouve du penchant pour le sexe masculin, et ne paraît pas éloignée de se soumettre à une légère opération, nécessaire pour ouvrir le vagin. Il paraît, en effet, que ce canal existe, et qu'il suffirait, pour le rendre accessible, de pratiquer une incision entre les lèvres de la vulve, depuis l'ouverture placée à la base du clitoris, jusqu'à la commissure postérieure. L'urètre se prolonge sous le clitoris, disposition qui le rapproche du pénis, et qui est fort rare. Il paraît que parmi les ouvertures dont l'urètre est criblé, il y en a une ou plusieurs situées plus profondement que la vulve, et que, par cette disposition, une

partie de l'urine est versée à l'entrée du vagin, et sort ensuite par l'ouverture de la membrane qui le ferme. Il paraît aussi que le sang menstruel vient par le vagin : peut-être, à son passage sous le clitoris, une partie de ce liquide entre-t-elle dans l'urètre, par des ouvertures postérieures et cachées du canal, pour ressortir par ses ouvertures apparentes. (Bulletin de la Société de la Faculté de médecine de Paris, année 1815.)

G. Dans certain cas d'extroversion de la vessie, l'utérus est déplacé, son col sort par l'orifice du vagin, et fait à l'extérieur une saillie plus ou moins considérable qui pourrait faire naître des doutes sur le véritable sexe de la personne. Ce déplacement de l'utérus peut arriver surtout à la suite d'un effort, chez les filles d'un âge adulte, comme l'a remarqué M. *Chaussier*. *Lobenwein* rapporte que dans un cas d'extroversion de la vessie, une portion d'intestin grêle, longue de deux pouces environ, sortait de la cavité pelvienne par dessus le pubis, et simulait le pénis. (Mémoires de l'Académie de Saint-Pétersbourg, année 1818. *De monstrosâ genitalium deformitate*, pag. 342.) Ce vice de conformation, que l'on peut observer aussi bien chez l'homme que chez la femme, est également propre à induire en erreur sur la véritable nature du sexe.

H. Le prolapsus de l'utérus, congénial ou acquis, donne quelquefois aux organes génitaux de la femme l'apparence des parties génitales de l'homme. Qui ne connaît pas l'histoire de *Marguerite Malaure*, consignée dans l'Encyclopédie méthodique : cette femme, que l'on croyait réunir les deux sexes, avait une descente de matrice dont elle fut parfaitement guérie par Sa-

viard, qui en opéra la réduction. On lit encore dans le Mémoire déjà cité de Home, qu'une femme atteinte de la même maladie offrait, à la sortie de l'orifice vaginal externe, un corps long de plusieurs pouces, qui n'était autre chose que le col de l'utérus très-étroit, et dont la surface, par suite de l'action de l'air, avait perdu sa couleur naturelle, et avait contracté celle des tégumens du pénis.

I. *Vices de conformation dans lesquels les individus réunissent plusieurs des organes génitaux appartenant aux deux sexes.* Il n'a été question jusqu'à présent que des individus chez lesquels un examen superficiel pourrait bien faire croire à l'existence de quelques-uns des organes génitaux de la femme chez l'homme, et *vice versâ*, mais qui, dans la réalité, ne présentent point une pareille réunion. Il n'en est pas de même ici; on voit effectivement chez les monstres dont nous allons parler quelques-unes des parties génitales appartenant aux deux sexes; mais aucun d'eux, jusqu'à ce jour, n'a offert l'exemple d'une double organisation *assez parfaite pour qu'il lui fût permis de féconder et d'être fécondé.* Les deux observations suivantes, qui sont les plus célèbres de ce genre, mettront cette vérité hors de doute.

1° *Hubert-Jean-Pierre*, âgé de dix-sept ans, mourut le 23 octobre 1767. Il y avait à la symphyse du pubis un corps oblong d'environ quatre pouces, composé de deux corps caverneux, se terminant par un gland *imperforé* que recouvrait un prépuce; l'urètre était remplacé par une espèce de ligament qui s'étendait jusqu'au méat urinaire. Au-dessous se trouvait une grande fente formée par deux replis de la peau, représentant assez bien les

grandes lèvres de la *vulve;* la gauche de ces lèvres renfermait un véritable *testicule* auquel s'étendait le *cordon* des vaisseaux spermatiques, et d'où partait un *canal déférent* qui, passant par l'anneau, allait gagner une *vésicule séminale :* celle-ci était remplie de *sperme*, que l'on faisait sortir aisément par le conduit qui s'ouvrait par le *verumontanum.* La lèvre droite de cette espèce de vulve contenait en partie une poche renfermant une verrée d'un liquide assez limpide, et un corps ayant la figure et la couleur d'un marron un peu arrondi, qui était une *matrice* imparfaite, n'ayant aucune communication avec les parties extérieures : le grand diamètre de cette matrice était d'environ un pouce et demi, et son petit d'un pouce; on voyait à sa partie supérieure, du côté droit, une véritable *trompe de Fallope*, qui, par son pavillon et par son morceau frangé, embrassait un *ovaire* bien conformé. En écartant les deux lèvres dont nous avons parlé, on remarquait deux petites crêtes spongieuses, rouges et saillantes, que l'on aurait pu prendre pour les *nymphes*, mais qui parurent être les débris d'un *urètre* ouvert dans toute sa longueur. Entre ces crêtes, et à leur partie supérieure, s'ouvrait l'*urètre* comme dans les femmes, et il y avait au-dessous une ouverture très-étroite, rétrécie encore davantage par une membrane semi-lunaire semblable à l'*hymen*. Une petite excroissance, placée latéralement et supérieurement, et qui avait la figure d'une *caroncule myrtiforme*, contribuait encore à donner à cette ouverture l'apparence de l'ouverture d'un *vagin :* en incisant cette membrane on voyait que ce prétendu vagin était un canal borgne, une sorte de sac membraneux à surface *lisse*,

ayant plus d'un pouce de profondeur sur un demi-pouce de diamètre, et placé entre le rectum et la vessie. *Maret*, à qui nous devons une belle description de cet individu, termine ainsi ses observations : « Une semence prolifique se préparait en vain dans un testicule, puisque l'imperforation de la verge, et l'endroit d'où cette liqueur pouvait s'échapper, s'opposaient sensiblement à ce qu'elle pût jamais être d'aucun usage pour perpétuer l'espèce humaine. Une trompe embrassait en vain un ovaire bien conformé, puisque la matrice à laquelle cette trompe aboutissait était borgne et n'avait aucune communication extérieure. En un mot, *Jean-Pierre*, qui était femme de la ceinture en haut, homme de la ceinture en bas, et qui, dans le point central, était femme à droite et homme à gauche, n'était cependant, dans le fait, ni l'un ni l'autre; et son état, qui augmente le nombre de cette espèce de monstres, rend l'existence des hermaphrodites parfaits bien peu vraisemblable. » (Mémoires de l'Académie de Dijon, tom. II.)

2° Un individu, âgé de vingt-huit ans, d'une taille svelte, dont les traits étaient mâles et le teint brun, le larynx, la voix et les manières semblables à ceux d'une femme, et qui avait un peu de barbe, présentait, au rapport du docteur Handy, l'ensemble le plus parfait qui ait été observé jusqu'ici, des organes génitaux des deux sexes. Examiné à Lisbonne en avril 1807, on put se convaincre que le pubis, les testicules et le scrotum offraient la situation, le volume et la forme qu'ils présentent chez l'homme adulte; il avait un pénis érectile, dont le gland était recouvert en entier d'un prépuce

également érectile, et percé d'un canal jusqu'au *tiers de sa longueur*. Les organes du sexe féminin étaient semblables à ceux d'une *femme bien conformée*, excepté que les grandes lèvres étaient plus petites et plus rapprochées de l'urètre; le poil qui les revêtait était peu abondant; les cuisses étaient moins grosses que chez les autres femmes, les os iliaques, très-petits et peu éloignés l'un de l'autre; la menstruation avait lieu tous les mois. Pendant le coït, le pénis entrait en érection. La *grossesse* a eu lieu deux fois, et s'est terminée prématurément au troisième et au cinquième mois. (*Medical repository*, n° 45.) Il est évident que cet individu appartient au sexe féminin puisqu'il en a toutes les parties sexuelles, qu'il est réglé, qu'il a été fécondé; et que d'ailleurs la verge, dont le canal de l'urètre est imparfait, ne peut remplir aucune fonction.

Après avoir fait connaître les diverses dispositions anatomiques que peuvent affecter les organes génitaux, nous devons nous occuper de la solution des questions que le magistrat peut adresser au médecin.

1° *Comment, lorsqu'il s'agit de constater l'état civil d'une personne, parviendra-t-on à connaître le sexe auquel elle appartient?* Il est difficile d'admettre que les vices de conformation rangés sous les titres A, B, C, D, E, F, G et H (*voyez* page 148 et suivantes) puissent donner lieu à de grandes difficultés, lorsqu'on les examine attentivement; il n'en est pas de même de ceux dont nous avons parlé en dernier lieu (I). Voici quelques considérations judicieuses qui nous paraissent devoir servir de guide au médecin que des problèmes de cette nature mettraient dans l'embarras:

nous les avons puisées dans l'article *Hermaphrodisme* du Dictionnaire des sciences médicales, si bien traité par notre savant confrère M. Marc. 1° L'examen extérieur des parties de la génération ne saurait être entrepris avec trop de soin et d'exactitude ; on devra autant que possible, et sans blesser ni sans exciter une vive douleur, sonder les ouvertures qui s'y présentent, afin de connaître leur étendue et leur direction. 2° L'inspection de toute la surface du corps n'est pas moins essentielle, afin de pouvoir déterminer la prédominance des caractères constitutionnels de l'un et de l'autre sexe. 3° A cet effet, on devra également observer long-temps, et à plusieurs reprises, les goûts, les propensions des individus dont il s'agira de constater le sexe : dans l'application des résultats qui découleront de cette observation, on devra surtout s'attacher à ne pas confondre les habitudes résultantes de la position sociale des individus avec les propensions innées, ou qui dépendent de la constitution organique. 4° Une circonstance bien importante dans les cas équivoques, c'est de s'assurer s'il s'établit, par une ouverture quelconque des parties sexuelles, une excrétion sanguine périodique, attendu qu'elle seule est déjà presque suffisante pour prouver qu'il y a prédominance du sexe féminin. 5° Rien ne conduit plus aisément à des erreurs que de prétendre, dans tous les cas, déterminer, *peu de temps après la naissance*, le sexe d'enfans dont les parties génitales ne sont pas régulières. Lorsque la conformation de l'individu laisse le moindre doute sur le véritable sexe, il est convenable d'en avertir l'autorité, et d'employer, s'il le faut, des années à observer le dé-

veloppement progressif du physique comme du moral, plutôt que de hasarder sur le sexe un jugement que des phénomènes subséquens pourraient tôt ou tard renverser. 6° On ne devra tirer parti qu'avec une certaine réserve des déclarations de l'individu, ou des personnes qui ont des liaisons directes avec lui; on examinera surtout si ces déclarations sont de nature à être fondées sur un motif d'intérêt.

Qu'il nous soit permis, en terminant ces considérations, de faire sentir encore combien il importe d'y avoir égard. La détermination du sexe a été quelquefois tellement difficile, que des médecins également habiles ont émis des opinions contraires en déclarant, les uns que l'individu soumis à leur examen appartenait au sexe masculin, tandis que les autres le regardaient comme faisant partie du sexe féminin. L'exemple suivant en est une preuve certaine : *Marie Derrier*, âgée de vingt-trois ans, offre une sorte de pénis imperforé, près de la racine duquel se trouve un frein qui se termine, en descendant de chaque côté et jusqu'au périnée, en deux replis de la peau flasques et ridés. On ne voit ni nymphes, ni traces de vagin, ni testicules, ni barbe, ni gorge; l'urine sort par une ouverture particulière; la voix est faible et efféminée, la structure petite et débile. Hufeland et Mursinna déclarent qu'elle est fille; Stark et Martens, au contraire, la rangent parmi les garçons. Metzger, à qui nous avons emprunté ce fait, dit que *Derrier* n'est ni homme ni femme. (*Gerichtl Med.*, *abh.* 1, page 177.) Nous pensons que cet individu doit être assimilé à ceux dont nous avons parlé à la page 152, D

2° *Les individus atteints de ces vices de conformation doivent-ils être déclarés impuissans?* En faisant consister l'impuissance dans l'impossibilité physique d'exercer le coït, il est évident que quelques-uns de ces monstres sont impuissans : tels sont 1° ceux dont nous avons déjà fait mention à l'article *Impuissance*, auquel nous renvoyons (*voyez* page 130 A. *Imperfection de la verge*, *hypospades* et *épispades*); 2° ceux qui, réunissant plusieurs des organes génitaux des deux sexes, ne présentent pourtant pas l'ensemble parfait des parties sexuelles de l'homme ou de la femme. *Jean-Pierre Hubert*, si bien décrit par Maret, était dans ce cas. (*Voyez* page 156.) Tous ceux dont les organes génitaux sont conformés de manière à ce que le coït puisse s'exercer doivent être déclarés *puissans* : peu importe, en effet, qu'un individu doué de toutes les parties nécessaires pour que la copulation ait lieu, offre en outre quelques-uns des organes génitaux de l'autre sexe, ou des parties qui les simulent : aussi nous nous garderions bien d'accuser d'impuissance la femme dont nous devons la description au docteur Handy, chez laquelle les organes du sexe féminin étaient parfaitement bien conformés. (*Voyez* page 158.)

Il est inutile de faire sentir que la possibilité d'exercer le coït, que nous accordons à quelques-uns de ces individus monstrueux, n'entraîne pas *nécessairement* la faculté de féconder ou d'être fécondé. Ici, comme pour les personnes les mieux conformées, plusieurs causes physiques, inaccessibles à nos sens, peuvent s'opposer à ce que le coït soit fécond. Nous ne reviendrons pas non plus sur ce qui a été dit au sujet de

l'impuissance *relative*, qui s'applique aussi bien à ces personnes qu'aux autres.

Des maladies que l'on a considérées comme des motifs de nullité de mariage.

En parlant de l'*erreur sur la personne* nous n'avons fait mention que de l'impuissance et des vices de conformation des organes génitaux qui donnent à un individu l'apparence d'un sexe dont il ne fait point partie. M. Fodéré pense « qu'il faut y joindre le cas d'un individu portant le germe de maladies hideuses propres à faire passer une vie pleine de calamités, au lieu de ce surcroît de bonheur que l'on croyait trouver ». (Méd. légale, tom. I, pag. 354.) Voici les maladies qu'il indique comme pouvant entraîner la nullité du mariage : l'épilepsie, la manie, l'ozène et autres puanteurs, la syphilis, les indurations, le *cancer* et les ulcères de l'utérus, les pertes utérines considérables, en rouge ou en blanc, les polypes de la matrice et du vagin. (Art. *Mariage* du Dictionnaire des sciences médicales.) Le même professeur ajoute ailleurs : « L'intérêt des époux, comme celui des mœurs, exigent qu'on demande la nullité du mariage aussitôt qu'on a reconnu *l'erreur*, quel que soit le temps écoulé depuis sa célébration, puisqu'en parlant des six mois la loi ne dit pas *depuis le mariage*, mais *depuis que l'époux a reconnu l'erreur*. » (Méd. légale, tom. I, pag. 355.)

Cette opinion est inadmissible ; en l'adoptant on serait conduit à ce résultat véritablement fâcheux, qu'un mari pourrait demander la nullité d'un mariage

contracté depuis dix, quinze ou vingt ans, parce que la femme présenterait alors des symptômes d'une de ces maladies, le *cancer* de la matrice, par exemple, dont elle portait le germe depuis long-temps. Nous pensons même que M. Fodéré modifiera sa manière de voir à cet égard, car nous trouvons déjà à la page 388 du même volume, une assertion contraire à celle qu'il a émise un peu avant. « Il est vraisemblable, dit ce professeur, qu'une femme attaquée de ces maladies (le cancer et les ulcérations de la matrice et du vagin) ne recherche pas le mariage; que si elles survenaient après qu'il aurait eu lieu, *elles ne pourraient plus être admises comme fins de nullité.* »

Les maladies dont il s'agit ne constituent point ce que les jurisconsultes appellent *erreur sur la personne;* la législation actuelle ne les considère point comme des motifs d'opposition au mariage; aucune de ses dispositions ne permet de les regarder comme pouvant entraîner sa nullité, et il suffit de réfléchir un instant pour adopter cette manière de voir : plusieurs de ces affections sont guérissables, d'autres sont au-dessus des ressources de l'art, mais ne s'opposent point à la procréation, tel est le *cancer* de l'utérus; enfin, il en est qui rentrent plutôt dans la classe des incommodités que dans celle des maladies, comme certaines puanteurs.

Cas de séparation de corps.

La législation actuelle n'autorise plus le divorce. Les deux premiers articles de la loi rendue le 8 mai 1816

s'expriment ainsi : « 1° Le divorce est aboli ; 2° toutes demandes et instances en divorce, pour causes déterminées, sont converties en demandes et instances en *séparation de corps*. » Le médecin qui voudra connaître les cas de séparation de corps où son avis pourra être requis, devra donc consulter ceux des articles de la loi sur le divorce qui le concernent. Voici ces articles.

« 1° Le mari pourra demander le divorce pour cause d'adultère de sa femme ; 2° la femme pourra demander le divorce pour cause d'adultère de son mari, lorsqu'il aura tenu sa concubine dans la maison commune ; 3° les époux pourront réciproquement demander le divorce pour excès, sévices ou injures graves de l'un d'eux envers l'autre. » (Art. 229, 230 et 231 du Code civil, chapitre Ier, *Des causes du divorce*.)

Ainsi l'homme de l'art sera quelquefois tenu de décider, dans une accusation d'*adultère*, si l'enfant qui vient de naître est à terme : c'est, par exemple, lorsque le père prouve avoir été absent pendant les quatre ou cinq mois qui ont suivi l'époque présumée de la conception ; car alors l'adultère est incontestable. (*Voyez* page 232.) Dans une autre circonstance il faudra constater une maladie vénérienne, non pas qu'à l'imitation de certains auteurs nous regardions l'existence de cette affection chez une femme dont le mari est sain comme une preuve *irrécusable* d'adultère (1), mais parce qu'elle

(1) En effet, la syphilis peut se propager d'un nourrisson à la mère pendant l'allaitement ; un verre dans lequel aura bu une personne atteinte de la syphilis pourra communiquer la maladie à un individu qui s'en servira immédiatement après, et avant que le verre ait été posé sur une table ; il en est de

a été considérée comme un *sévice* ou *injure grave* par quelques tribunaux, quoique d'autres aient émis une opinion contraire. Nous franchirions les limites que nous nous sommes tracées, en examinant si la maladie vénérienne doit être regardée comme un *sévice* : c'est aux jurisconsultes à résoudre la question; il nous suffit de savoir que l'opinion des tribunaux pouvant varier à cet égard, il se présentera peut être un cas où nous serons requis de donner notre avis. Attachons-nous alors à démontrer que la maladie est réellement vénérienne, et, pour y parvenir, ne négligeons aucune recherche, car le problème est souvent d'une solution difficile, et l'on prévoit l'atteinte que nous porterions à l'honneur si, d'après un examen superficiel, nous commettions une méprise : distinguons bien, à l'aide des moyens que tous les médecins doivent connaître, et qu'il serait trop long d'exposer ici, si les écoulemens et les autres affections des parties génitales, de l'œil, de l'arrière-bouche, des os, etc., sont de nature syphilitique : cherchons ensuite à décider quelle a été l'origine de l'infection, si la maladie a commencé par le mari ou par la femme, et n'oublions pas qu'elle peut être héréditaire, et que son existence ne suppose pas toujours que l'époux ait contracté une union criminelle, comme nous l'avons dit à la page précédente.

---

même d'une cuiller qui aura été portée d'une bouche à l'autre sans avoir été essuyée, et peu de temps après que la personne infectée en aura fait usage, etc.; d'ailleurs, la syphilis peut être héréditaire.

DIXIÈME LEÇON.

De la grossesse.

La grossesse est l'état d'une femme qui a conçu, limité par l'instant de la conception, qui le commence, et par celui de l'accouchement, qui le termine.

Plusieurs articles des Codes civil et pénal sont rédigés de telle sorte, que les femmes trouvent leur intérêt à simuler la grossesse dans certains cas, et à la dissimuler dans d'autres. On voit dès lors combien les avis de l'homme de l'art doivent être indispensables pour éclairer le magistrat.

Les dispositions législatives qui peuvent porter les femmes à simuler la grossesse, sont les suivantes : 1° «l'homme avant dix-huit ans révolus, la femme avant quinze ans révolus, ne peuvent contracter mariage. » (Code civil, art. 144. *Du mariage.*) 2° «Néanmoins, il est loisible au roi d'accorder des dispenses d'âge pour des motifs graves. » (Code civil, art. 145.) Il est évident que pour obtenir une dispense d'âge, une fille qui n'a pas encore quinze ans pourra se dire enceinte. 3° « Pour succéder, il faut nécessairement exister à l'instant de l'ouverture de la succession, c'est-à-dire lors de la mort de l'époux. » (Code civil, art. 725, liv. III.) 4° « Pour être capable de recevoir entre vifs, il suffit d'être conçu au moment de la donation. Pour être capable de recevoir par testament, il suffit d'être conçu à l'époque du décès du testateur. » (Code civil, art. 906.) Ainsi il faut être conçu pour succéder : une femme qui vient de perdre son mari ne peut-elle donc pas simuler la grossesse, pour garder les biens qu'il a laissés, et qui devraient retourner de droit à la famille du défunt ? 5° « Le mariage contracté par des époux qui n'avaient point encore l'âge requis, ou dont l'un des deux n'avait point atteint cet âge, ne peut plus être attaqué,

1° lorsqu'il s'est écoulé six mois depuis que cet époux, ou les époux, ont atteint l'âge compétent; 2° lorsque la femme qui n'avait point cet âge a conçu avant l'échéance de six mois. » (Code civil, art. 185.) Ici la femme qui désire rester mariée pourra se déclarer enceinte. 6° « Les époux contractent ensemble, par le fait seul du mariage, l'obligation de nourrir, entretenir et élever leurs enfans. » (Code civil, art. 203.) 7° « La loi n'accorde que des alimens aux enfans adultérins et incestueux. » (Code civil, art. 762.) Il est donc évident que pour gagner ces alimens, une femme peut simuler la grossesse. 8° « Dans le cas où le ravisseur aurait épousé la fille qu'il a enlevée, il ne pourra être poursuivi que sur la plainte des personnes qui, d'après le Code civil, ont le droit de demander la nullité du mariage, ni *condamné qu'après que la nullité du mariage aura été prononcée.* » (Code pénal, art. 357.) Or, comme, d'après l'article 185 du Code civil, déjà cité, le mariage ne peut plus être attaqué lorsqu'une fille mineure a conçu avant l'échéance de six mois, il est certain que cette fille pourra avoir le plus grand intérêt à se dire enceinte. 9° « La recherche de la paternité est interdite. Dans le cas d'enlèvement, lorsque l'époque de cet enlèvement se rapportera à celle de la *conception*, le ravisseur pourra être, sur la demande des parties intéressées, déclaré père de l'enfant. » (Code civil, art. 340.) Une fille peut donc simuler la grossesse, dans le dessein de faire déclarer un individu père de l'enfant. 10° « L'action en divorce sera éteinte par la réconciliation des époux, survenue, soit depuis les faits qui auraient pu autoriser cette action, soit depuis la demande en divorce. » (Code civil, art. 272.) 11° « Si le demandeur en divorce nie qu'il y ait eu réconciliation, le défendeur en fera preuve, soit par écrit, soit par témoins, dans la forme prescrite en la première section du présent chapitre. » (Code civil, art. 274.) Quoique le divorce ait été aboli par la loi du 8 mai 1816, on sait que les dispositions des deux articles qui précédent sont applicables à la *séparation de corps*, qui est toujours autorisée. Or, la meille

preuve que l'on puisse donner de la réconciliation, est la grossesse, et dès lors on conçoit que la femme est intéressée à la simuler. 12°. « Si une femme condamnée à mort se déclare, et s'il est vérifié qu'elle est enceinte, elle ne subira la peine qu'après sa délivrance. » (Code pénal, art. 27.) Ici le motif de simulation est trop manifeste pour que nous ayons besoin de le développer.

Nous nous bornerons à rappeler une disposition importante de la loi du 23 germinal an III, abrogée, à la vérité, par la législation actuelle, mais qui nous semblerait devoir être rétablie. « A l'avenir, aucune femme prévenue d'un crime emportant peine de mort ne pourra être *mise en jugement*, qu'il n'ait été vérifié, de la manière ordinaire, qu'elle n'est pas enceinte. » L'intérêt de la société réclame que l'on diffère des débats, et surtout une condamnation à la peine capitale, lorsqu'il s'agit d'une femme enceinte, chez laquelle des émotions fortes peuvent déterminer l'avortement et d'autres effets fâcheux.

Voici maintenant les dispositions législatives qui peuvent engager la femme à dissimuler la grossesse. 1° Les art. 272 et 279 du Code civil déjà cités : en effet, il y est dit que l'action en divorce (séparation de corps d'après la loi actuelle) sera éteinte s'il y a eu réconciliation ; or la grossesse est la meilleure preuve de la réconciliation : donc la femme qui désire se séparer a de l'intérêt à dissimuler qu'elle est enceinte. 2° « Le mari pourra demander le divorce (séparation de corps aujourd'hui) pour cause d'adultère de sa femme. » (Code civil, art. 229.) Il est donc à présumer qu'une femme soupçonnée d'adultère dissimulera sa grossesse, lorsque son mari, absent depuis long-temps, ne pourra pas être considéré comme le père de l'enfant. Un autre motif, sur lequel, il est vrai, le Code garde un silence absolu, peut déterminer la célation de la grossesse ; c'est lorsqu'une fille a été abusée, et qu'elle ne veut pas compromettre sa réputation : elle conserve alors l'espoir d'accoucher clandestinement, et de sauver les jours de son enfant ; ou bien elle prémédite le crime de l'infanticide. Dans aucun de ces deux

cas, le magistrat ne peut ordonner la visite de la femme, si elle refuse son consentement; mais il doit *l'engager* à se laisser visiter par l'homme de l'art, s'il la présume enceinte, et si elle est déjà soupçonnée d'avoir voulu détruire un autre de ses enfans à une époque antérieure.

Ce n'est pas seulement lorsqu'il s'agit de constater si la grossesse est simulée ou dissimulée, que le médecin est requis de donner son avis; il peut avoir encore a résoudre les questions suivantes : *Une femme est-elle d'âge à avoir pu concevoir? Une femme peut-elle ignorer constamment sa grossesse? Une femme enceinte a-t-elle des penchans tellement irrésistibles, qu'elle soit portée à commettre des actes contraires à l'ordre social?* La solution de ces diverses questions doit nous occuper maintenant.

PREMIÈRE QUESTION. — *La femme est-elle enceinte?*

Cette question, en apparence fort simple, est souvent hérissée de difficultés; en effet, le produit de la conception peut se développer dans l'utérus seul ou avec un autre corps ; cette circonstance fait déjà varier les signes de la grossesse : en supposant même que l'utérus ne contienne que le produit de la conception, il est des époques de la gestation où il est extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible, de prononcer sur l'existence de ce produit : chez certaines femmes, le développement de l'embryon se fait ailleurs que dans la cavité de l'utérus, et alors les caractères de la grossesse présentent des modifications qu'il faut connaître : il existe enfin des maladies de l'utérus, de ses annexes

et de quelques-uns des organes qui les avoisinent, dont les symptômes simulent jusqu'à un certain point les signes de la grossesse, et qu'il faut bien se garder de confondre avec ce dernier état. Il résulte de ces considérations, que, pour décider si une femme est enceinte, il faut avoir présent à l'esprit tout ce qui a rapport à la *grossesse utérine*, à la *grossesse extra-utérine et aux maladies qui peuvent simuler ces états*. Examinons chacun de ces points.

§ I. *De la grossesse utérine.*

La grossesse utérine, celle dans laquelle le produit de la conception se développe dans l'utérus, est *simple* lorsqu'il n'y a qu'un embryon ou un fœtus, *composée* quand il y en a un plus grand nombre, et *compliquée* lorsqu'avec un ou plusieurs embryons, il y a dans la cavité de la matrice un polype, des débris d'un autre germe, etc.

De la grossesse utérine simple.

Les signes de la grossesse utérine simple ont été distingués par les auteurs en *rationnels* et *sensibles;* les premiers sont pour la plupart infidèles et devraient être nommés *équivoques :* il en est parmi les autres que l'on peut regarder comme indiquant *positivement* la grossesse. Nous croyons devoir faire précéder leur exposition de quelques connaissances anatomiques sans lesquelles il serait difficile de les bien saisir.

Des changemens que l'utérus et les parties environnantes éprouvent pendant la grossesse.

Utérus. L'utérus éprouve des changemens dans sa

situation, sa forme, son volume, sa texture et ses propriétés.

Situation, forme et volume. Pendant les deux premiers mois, le volume de l'utérus augmente graduellement, son corps s'arrondit et se porte en arrière, tandis que le col s'avance vers la vulve et est plus accessible au toucher : toutefois le développement dont nous parlons ne peut être constaté qu'en introduisant le doigt dans le vagin, parce qu'il n'est pas assez considérable pour que l'utérus sorte de l'excavation pelvienne (1). Ajouterons-nous qu'après l'acte fécondant, l'orifice de l'utérus se contracte et se ferme (Hippocrate); que les bords de cet orifice sont plus rénitens, et offrent une chaleur plus grande (Levret); que dans les premiers temps de la grossesse les deux lèvres de l'orifice utérin forment un plan égal, tandis qu'avant la gestation la lèvre antérieure était plus prolongée en bas; que la fente de cet orifice, qui était triangulaire, devient circulaire (Stein)? Lors même que ces changemens seraient constans, et qu'ils ne se rencontreraient pas dans d'autres circonstances, ils seraient trop difficiles à apprécier pour que nous dussions en tenir compte.

Du *deuxième* au *troisième* mois, l'utérus continue à augmenter de volume, s'élève et se porte sur la partie antérieure du bassin, en sorte que le col est déjà plus

(1) Ce que nous allons dire de la situation de l'utérus s'applique à une *première grossesse* : on suppose également que le fœtus est bien placé; en effet, le fond de la matrice s'élève beaucoup moins dans les grossesses subséquentes, surtout lorsque l'enfant est situé en travers.

en arrière. L'axe de la matrice fait alors avec la perpendiculaire un angle d'environ 45°. A la fin du *troisième* mois, le fond de l'utérus dépasse un peu le bord du détroit abdominal. Pendant le *quatrième* mois, le fond de l'utérus arrive jusqu'à deux pouces au-dessus des pubis; son col continue à s'élever; il est incliné obliquement en arrière. Du *cinquième* au *sixième* mois, le fond de cet organe s'approche de la région ombilicale, et le col, qui a continué à s'élever et à se porter en arrière, commence à devenir plus gros et plus mou, surtout vers sa base, c'est-à-dire vers la portion qui tient au corps de l'utérus : on dirait qu'il affecte la forme d'un entonnoir dont la base est en arrière et le bec en avant : l'orifice ne s'entr'ouvre que quand le développement est parfait (1). A *six* mois, le fond de l'utérus correspond à peu près à l'ombilic; la mollesse et l'évasement de la partie utérine du col sont plus marqués. A *sept* mois, le fond de l'utérus se trouve élevé d'environ deux pouces au-dessus de l'ombilic; le col est encore plus mou; il est aussi moins long et assez élevé pour que le vagin soit allongé et tiré en haut. A *huit* mois, le fond de la matrice n'est guère éloigné de la région épigastrique; le col n'est jamais plus élevé qu'à cette époque, mais il s'aplanit et tend à s'effacer. A *neuf* mois, le fond de l'utérus, loin de se placer dans l'épigastre, semble s'abaisser; d'où il suit

(1) On a remarqué que l'orifice de l'utérus s'ouvre beaucoup plus tôt dans les grossesses subséquentes, et que le museau de tanche reste plus gros dans les derniers mois.

que le col doit être plus près de la vulve; alors il est mou et tellement mince qu'il n'offre quelquefois qu'une ligne d'épaisseur. Il est évident, d'après ce qui vient d'être dit, que l'utérus est dirigé de manière à porter sur l'ombilic; indépendamment de cette obliquité, il en offre encore une autre à gauche ou à droite, mais surtout de ce dernier côté, en sorte qu'il est comme tordu sur lui-même, le côté droit étant incliné en devant.

La forme de la matrice, à la fin du neuvième mois, est à peu près ovoïde; sa grande circonférence est en haut; elle est d'environ vingt-six pouces, prise à la hauteur des trompes; la petite circonférence répond au détroit abdominal du bassin, et offre treize pouces à la hauteur de la portion utérine du col; le diamètre longitudinal est ordinairement de douze pouces; le transversal en a neuf, et l'antéro postérieur huit et demi. Son poids varie d'une livre et demie à deux livres, tandis qu'il est d'environ quatorze gros chez les vierges, et de dix-huit chez les femmes qui sont accouchées plusieurs fois.

Texture. Le tissu de l'utérus devient plus mou, plus spongieux, et l'on voit qu'il est formé d'un grand nombre de fibres blanchâtres, cotonneuses, réunies par du tissu cellulaire, tandis qu'avant la grossesse il était inextricable. Les artères ne sont plus flexueuses; leur calibre, ainsi que celui des veines, des vaisseaux lymphatiques et des nerfs, est beaucoup plus grand, surtout là où s'insère le placenta : c'est dans cet endroit que l'on remarque des ouvertures nombreuses, connues sous le nom de *sinus*, qui sont le résultat de la communication des artères avec les veines. L'épaisseur

des parois de la matrice est plus considérable sur le point où le placenta est implanté; elle varie aussi aux différentes époques de la gestation : on a pu se convaincre que chez plusieurs femmes elle était de cinq lignes dans les trois premiers mois de la grossesse, de trois lignes dans les trois derniers mois, et de cinq à l'endroit où s'insérait le placenta; la portion voisine de l'orifice n'avait guère qu'une ligne, tandis que dans l'état de vacuité, chez une fille adulte, l'épaisseur est d'environ quatre lignes. Au reste, on remarque de nombreuses variétés à cet égard, et l'on sait que Hunter a vu la moitié postérieure de l'utérus d'une femme morte à une époque assez avancée de la gestation, être extrêmement mince, tandis que la paroi antérieure était fort épaisse.

Propriétés de l'utérus. Cet organe acquiert la propriété de se contracter comme la fibre musculaire, et cette faculté finit par être assez développée pour que l'utérus puisse être regardé comme la principale puissance qui détermine l'accouchement. Mais ce qu'il nous intéresse de constater, c'est que dès les premiers instans qui suivent la conception, les follicules muqueux qui garnissent l'orifice de l'utérus sécrètent abondamment un mucus blanc, consistant, d'une odeur particulière, qui s'épaissit, devient plus tenace à mesure que la grossesse avance, et bouche l'orifice de l'utérus : la consistance de ce fluide peut être telle, qu'il forme une sorte de membrane qui se détache sous forme de lambeaux ou de flocons, ou reste jusqu'à l'époque de l'accouchement, et alors on est obligé de la déprimer ou de la rompre pour livrer passage à

la tête de l'enfant. Nous indiquerons à la page 179 le parti que l'on a cru pouvoir tirer de l'existence de ce mucus pour reconnaître si la femme avait conçu.

Les annexes de l'utérus et les parties qui l'environnent éprouvent également des changemens importans. Les *ovaires* deviennent plus volumineux et s'approchent du corps de la matrice dans une direction presque verticale ; on remarque souvent sur celui qui a été fécondé une petite fongosité molle, jaune ou rougeâtre, qui finit par s'affaiser et laisser une petite cicatrice. Les *trompes* de Fallope ne conservent plus les rapports qu'elles avaient avec l'utérus ; elles correspondent, vers la fin de la gestation, au point d'union du tiers supérieur de la matrice avec le tiers moyen ; leur direction est presque verticale, et elles se sont évidemment rapprochées de l'utérus. Le *ligament rond* (cordon sus-pubien) est devenu fibreux comme la matrice ; celui du côté droit est en général plus gros, plus court et plus fort que l'autre. Les replis du péritoine, qui forment les *ligamens larges*, s'effacent progressivement à mesure que l'utérus se dilate. Les *vaisseaux* du vagin, des trompes, des ovaires, de la vulve, etc., sont beaucoup plus volumineux, et deviennent quelquefois variqueux.

Les muscles droits de l'abdomen (sterno-pubiens), ainsi que la *ligne blanche*, sont distendus, élargis et amincis par suite de la pression que l'utérus exerce sur eux en se portant en avant ; et, comme cette compression a lieu pendant plus long-temps sur la région ombilicale que sur les autres, c'est là que l'on en observe plus particulièrement les résultats : dans cet endroit la ligne blanche présente, vers la fin de la ges-

tation, un élargissement ovale ou rhomboïde de deux à trois pouces de large, et les parois du ventre qui y correspondent ont à peine trois lignes d'épaisseur. Les *viscères de l'abdomen* éprouvent aussi quelques changemens dans leur situation : comme dans le plus grand nombre de cas l'utérus est déjeté à droite, les intestins grêles sont refoulés à gauche; l'épiploon se place *le plus ordinairement* derrière la matrice; le foie, la rate, l'estomac et le diaphragme sont poussés vers le haut, ce qui, dans certaines circonstances, détermine un léger déplacement des organes contenus dans le thorax, et même un changement de direction du contour cartilagineux des côtes.

Les *symphyses du bassin* sont évidemment relâchées et légèrement mobiles vers la fin de la grossesse : le relâchement est plus grand à la symphyse des pubis qu'aux symphyses sacro-iliaques, et il est souvent plus apparent à la symphyse sacro-iliaque du côté gauche qu'à celle du côté droit. M. Chaussier, à qui nous devons ces observations, a vu chez des femmes dont l'accouchement avait été prompt et facile, la symphyse du pubis écartée depuis deux jusqu'à douze lignes, et même plus.

ONZIÈME LEÇON.

Des signes de la grossesse utérine simple.

Cet article ayant pour objet de mettre le médecin à même de décider si une femme est enceinte, quelle que soit l'époque de la grossesse, et les moyens pro-

pres à résoudre cette question n'étant pas les mêmes pour toutes les époques, il convient d'établir différentes périodes. Cette marche nous paraît plus conforme au but que nous nous proposons, que celle qui a été suivie par les auteurs qui ont examiné séparément les signes *équivoques* et les signes *sensibles*.

Depuis le moment de la conception jusqu'à la fin du deuxième mois. Parmi les caractères établis par les médecins, pour résoudre la question pendant l'époque dont il s'agit, il en est une foule dont la simple énumération fera sentir la nullité. *La plupart des femmes éprouvent des sensations extraordinaires au moment de la conception ; il survient un ébranlement, un frémissement involontaire et universel mêlé de volupté, auquel succède un état de langueur du corps et de l'esprit.* (Hippocrate.)—*Il y a un mouvement de resserrement au moment de la conception.* (Galien.)—*La femme a conçu si elle ne sent rien couler par le vagin, et si le membre viril sort plus sec que de coutume.* (Aristote.)—*Peu de jours après l'imprégnation on sent un mouvement le long des trompes utérines, et de légères coliques vers la région hypogastrique.* — *Le col se gonfle.* (Démocrite.) — *Le pouls est plus fort, plus vif, plus développé.* (Galien et Savonarola.)—*Il y a des palpitations, des syncopes, des hémorrhagies du nez et de la bouche, de la toux, des hoquets, des bâillemens, de l'oppression, des changemens dans la voix, de la soif, de la diarrhée, de la constipation. La peau change de couleur ; le visage se couvre de taches de rousseur. Les papilles et l'auréole des seins brunissent.* — *L'urine, claire, citrine, blanchâtre, présente un nuage et un énéorème.* — *Les yeux*

sont caves, languissans, ternes, et bordés d'un cercle bleuâtre. — Le caractère de la femme change; ses facultés intellectuelles ont moins d'activité; on observe parfois des névroses des organes des sens. Il y a des crampes, de l'engourdissement dans les membres, etc. !!!

Quel parti pourra-t-on tirer du caractère donné par M. Chambon, et qui consiste à constater à l'aide d'un instrument en forme de cure-oreille, si les follicules muqueux de l'orifice de l'utérus ont sécrété le mucus épais dont nous avons parlé à la page 175. N'est-il pas évident que ce moyen est insuffisant, et qu'il peut être souvent dangereux d'y avoir recours?

Les signes *équivoques* propres à faire *présumer* la grossesse pendant la période dont il s'agit sont : 1° la *suppression de la menstruation.* Chez la plupart des femmes réglées et bien portantes, l'écoulement menstruel est supprimé dès qu'il y a eu conception : ce phénomène est tellement général, que dans les circonstances ordinaires de la vie, les femmes mariées se croient enceintes aussitôt qu'il s'est manifesté, et *vice versâ.* Mais il est aisé de prouver qu'il ne suffit pas en médecine légale : d'une part, il existe des femmes qui conçoivent avant d'être réglées; il en est chez lesquelles cet écoulement a lieu malgré la grossesse; on en a même vu qui n'avaient leurs règles que lorsqu'elles étaient enceintes; d'une autre part les menstrues peuvent être supprimées par une foule de causes sans qu'il y ait grossesse, et cette suppression détermine souvent les autres signes équivoques de la grossesse dont il nous reste à parler. On a cru pouvoir distinguer si la cessation des menstrues dépendait de la conception

ou d'une autre cause, en ce que, dans le premier cas, la femme se trouvait d'autant mieux qu'elle s'éloignait davantage de l'époque où l'écoulement avait cessé, tandis que les accidens allaient toujours en augmentant lorsque la suppression était la suite d'une autre cause. Nul doute que les choses ne se passent ainsi dans beaucoup de circonstances; mais il n'est pas rare de voir des femmes grosses beaucoup plus incommodées que d'autres qui ne sont pas dans cet état, et chez lesquelles il y a suppression de la menstruation. 2° Le *développement des mamelles*, *l'augmentation de leur sensibilité*, *le gonflement de leurs veines*. Ces phénomènes s'observent souvent; mais comme ils peuvent manquer, surtout chez les femmes faibles et chez celles qui continuent d'être réglées pendant la grossesse, et que d'une autre part ils existent souvent lorsque la menstruation est supprimée par toute autre cause que par la conception, ils sont loin de pouvoir être regardés comme ayant une grande valeur. On doit encore attacher beaucoup moins d'importance à la présence d'une humeur laiteuse qui s'échapperait par le mamelon; car non-seulement ce phénomène se manifeste rarement pendant la période dont nous parlons, mais il peut exister chez des femmes atteintes de certaines maladies de matrice, chez celles dont le mamelon est souvent chatouillé, et même chez certains hommes. 3° Les *nausées*, les *vomissemens*, l'*anorexie*, les *appétits dépravés et insatiables*, la *salivation*, la *céphalalgie* et les *maux de dents*. Sans doute que beaucoup de femmes grosses éprouvent quelques-uns de ces accidens dans la première période de la gestation; mais ils peuvent

tenir à d'autres causes, ou ne pas se manifester du tout. Nous en dirons autant de la *décomposition des traits de la face.*

Pendant le troisième mois. Admettrons-nous avec Stein qu'au troisième mois de la grossesse la paroi antérieure du segment inférieur de la matrice forme une tumeur molle, hémisphérique, que l'on peut reconnaître en introduisant le doigt jusqu'au fond du vagin, et qui est un indice certain de la grossesse? Ce caractère est loin d'être constant, et lorsqu'il existe, il n'est souvent pas facile à apprécier par les hommes qui ne sont pas très-exercés au toucher; d'ailleurs il peut tenir à une autre cause que la grossesse. Nous n'accorderons pas non plus une grande valeur au signe suivant, indiqué par quelques auteurs: « la femme étant couchée sur le dos, les muscles abdominaux dans le relâchement, une main portée sur cette région, et le doigt indicateur de l'autre main dirigé dans le vagin, on s'assure que le corps arrondi qui s'offre sous la main de l'accoucheur est la matrice. Supposons, en effet, que l'on parvienne par ce moyen à saisir la matrice, on pourra conclure que son volume est augmenté, mais on ne prouvera point que le développement qu'il présente ne tient pas à un état morbide; il est évident, d'après cela, que l'on aurait tort d'attacher une grande importance à la saillie que fait la région hypogastrique à la fin du troisième mois de la gestation, et qui dépend de ce que l'utérus remplissant l'excavation pelvienne, les intestins se trouvent refoulés vers l'abdomen. Chez certaines personnes nerveuses, on observe dès la fin de ce mois des mouvemens actifs,

semblables à ceux que le fœtus exécute ordinairement plus tard.

Pendant le quatrième mois. La situation de la matrice est telle à cette époque (*Voyez* pag. 173), que si les parois de l'abdomen ne sont pas trop épaisses ou trop tendues, on peut reconnaître sa forme et son volume en appliquant la main sur l'abdomen. L'expansion du ventre est encore trop peu marquée pour qu'on puisse en tenir compte : la valeur de ce signe sera examinée plus loin. Chez la plupart des femmes, le fœtus exerce des mouvemens que l'on a appellés *actifs* : c'est particulièrement vers la fin du quatrième mois, lorsque les organes de la locomotion jouissent déjà d'une certaine énergie, que ces mouvemens sont sensibles ; ils deviennent quelquefois si forts par la suite, qu'on les aperçoit même à travers les vêtemens, et que la femme en est réveillée pendant la nuit : l'homme de l'art parvient souvent à les provoquer en appliquant sur les parois du ventre la main préalablement trempée dans l'eau froide. Ce signe, qui paraîtrait au premier abord devoir permettre d'affirmer que la femme est ou n'est pas enceinte, présente pourtant beaucoup d'incertitude : non-seulement il y a des femmes qui n'ont senti de pareils mouvemens à aucune époque de la grossesse, mais il en est beaucoup d'autres chez lesquelles des contractions spasmodiques de l'utérus et des intestins simulaient tellement les mouvemens du fœtus, qu'elles se disaient enceintes. M. Dubois, que l'on n'accusera certainement pas d'observer légèrement, rapporte qu'ayant appliqué la main sur l'abdomen d'une femme qui se croyait au cinquième mois de sa gros-

sesse, il sentit ces mouvemens spasmodiques, qu'il prit pour ceux de l'enfant.

S'il est vrai que pendant cette époque la cessation des règles continue le plus souvent, il n'est pas rare de ne plus observer les *nausées*, les *vomissemens*, les *appétits dépravés*, etc. Quant au gonflement des mamelles, il est plus considérable, et la sécrétion laiteuse plus abondante que dans les deux premiers mois. Il est inutile de faire mention du *ballottement*, parce qu'on ne l'aperçoit guère avant le cinquième mois.

Pendant le cinquième mois. L'expansion de l'abdomen est un peu plus marquée, parce que le fond de l'utérus approche déjà de la région ombilicale; l'élévation du ventre vers le nombril contraste alors avec une sorte de vide qui a lieu du côté des lombes. Mais à aucune époque ce signe ne peut être donné comme ayant une certaine valeur; en effet, l'imperforation de l'hymen, la suppression de la menstruation, l'hydropisie, la tympanite, l'hystérie, certaines affections spasmodiques, etc., peuvent distendre l'abdomen autant qu'il l'est dans la grossesse; ne voit-on pas d'ailleurs des femmes dont le ventre se tuméfie considérablement à l'époque critique, par cela seul qu'elles cessent tout à coup d'être réglées, et qui éprouvent en même temps des nausées, des vomissemens, etc.? D'une autre part combien n'est-il pas facile aux femmes de dissimuler le développement de l'abdomen à l'aide d'une compression soutenue, d'une disposition particulière des vêtemens, ou d'une démarche étudiée.

Indépendamment des mouvemens actifs du fœtus, qui sont encore plus prononcés qu'au quatrième mois,

on peut déterminer à cette époque des mouvemens passifs ou de *ballottement*; c'est à eux qu'il faut rapporter la sensation qu'éprouve la mère en se remuant, d'un corps étranger qui tombe sur la partie la plus déclive de l'utérus. La femme étant debout, et la main gauche de l'accoucheur appliquée immédiatement sur les parois de l'abdomen afin de saisir la matrice, si l'on introduit le doigt indicateur de l'autre main jusqu'au fond du vagin, et qu'on cherche à soulever l'utérus en frappant sur l'extrémité vaginale du col de ce viscère, il est évident que le fœtus, qui nage librement dans l'eau de l'amnios, sera soulevé, montera jusqu'à la partie supérieure de la matrice, puis tombera à raison de sa pesanteur, et viendra frapper le doigt indicateur toujours placé à l'extrémité du col de la matrice, comme le ferait une substance solide quelconque contenue dans une cavité remplie de liquide; il faut bien prendre garde de ne point confondre avec le *ballottement*, le mouvement de totalité de l'utérus. Le mouvement passif dont il s'agit, peut ne pas être sensible au cinquième mois, tandis qu'il le sera plus tard; dans d'autres circonstances le médecin est dans l'impossibilité de le constater à aucune époque de la grossesse, ce qui peut tenir à ce qu'il n'est pas exercé au toucher, à la faiblesse ou à une maladie du fœtus, ou à d'autres causes.

Comme pendant l'époque précédente, la femme continue en général à ne pas être réglée et à ne plus avoir autant de dispositions aux nausées, aux vomissemens, etc. Le gonflement des seins et la sécrétion du lait sont plus marqués.

Pendant le sixième mois. De quel secours peuvent être les signes suivans, donnés par quelques auteurs? le pouls est petit, faible et tardif, il est souvent gastrique; le sang est plus couenneux; l'urine est plus rouge que pendant les six premiers mois, et sa couleur tend à devenir de plus en plus foncée.

C'est ici le moment de rapporter les observations curieuses faites dans ces derniers temps par le docteur Kergaradec sur les *battemens du cœur* du fœtus, et sur d'autres pulsations qu'il a appelées *placentaires*. Lorsqu'on applique l'oreille sur l'abdomen d'une femme enceinte de six mois, revêtue de ses vêtemens, ou lorsqu'on explore cette partie du corps à l'aide du stéthoscope, on entend dans l'espace situé entre l'ombilic et l'arcade crurale, un bruit semblable à celui que produirait une montre placée très-près de l'oreille; c'est *le plus souvent* du côté opposé à celui vers lequel les extrémités inférieures du fœtus se dirigent plus spécialement, que ce bruit se fait entendre; il est le résultat des contractions du cœur du fœtus, dont les *pulsations doubles*, au nombre de cent vingt à cent soixante environ par minute, reviennent à des temps réguliers, et ne sont point isochrones au pouls de la mère. La fréquence de ces battemens ne permet point de les confondre avec ceux que l'on sent quelquefois à la partie inférieure droite ou gauche de l'abdomen des femmes grosses.

Sur une autre partie de l'abdomen que nous ne désignerons point, parce qu'elle peut varier beaucoup, on entend des pulsations *simples* régulières, parfaitement isochrones au pouls de la mère, et dont le bruit

est analogue au *souffle* que l'on observe dans certaines maladies du cœur ou des gros vaisseaux. Ces pulsations, que l'on sent déjà *quelquefois* au-dessus des pubis, *à la fin du troisième mois de la grossesse*, ont été nommées *placentaires*, parce qu'elles paraissent avoir du rapport avec le point d'insertion du placenta dans la matrice; elles semblent être le résultat du battement des artères dont le calibre est augmenté.

Il est souvent difficile de discerner les battemens dont nous parlons au moment où l'exploration commence; les borborygmes produits par la circulation des gaz dans les intestins masquent tous les autres bruits; il est donc important de laisser séjourner l'oreille pendant quelque temps sur les points où il est ordinaire d'entendre ces battemens. On conçoit également qu'il ne serait pas aisé de sentir les pulsations placentaires, si le placenta était inséré à la paroi postérieure de la matrice, et que le fœtus eût le dos immédiatement en contact avec lui.

Voici les conséquences que l'on peut déduire de l'application de l'auscultation, relativement à la question qui nous occupe. 1° La femme est enceinte si l'on est parvenu à entendre les doubles battemens du cœur du fœtus; 2° à plus forte raison on affirmera que la grossesse existe, si, indépendamment de ces battemens, on a senti ceux que nous avons appelés placentaires; 3° l'absence des pulsations doubles du cœur du fœtus ne suffit point pour conclure que la femme n'est pas enceinte : en effet, le fœtus pourrait être mort ou très-faible, ou tellement situé qu'il fût impossible de saisir ces battemens; 4° la suspension des doubles pulsa-

tions du cœur, après qu'on les avait entendues, est un phénomène assez commun; il faut alors explorer la femme à plusieurs reprises; 5° les *battemens placentaires avec souffle*, considérés isolément, peuvent tout au plus faire *présumer* la grossesse; en effet, rien ne prouve qu'on ne puisse entendre de pareils battemens chez une femme qui n'est pas enceinte, et dont la matrice contiendrait une production accidentelle avec un développement considérable des *vaisseaux utérins*.

La tuméfaction des mamelles et du ventre est plus marquée au sixième mois; en général la femme continue à ne plus être réglée; elle a moins de dispositions aux nausées et aux vomissemens. Quant à la saillie que peut faire alors le nombril, elle reconnaît quelquefois toute autre cause que la grossese.

Pendant les trois derniers mois. Au *septième mois*, si l'on introduit le doigt dans le vagin, on peut distinguer la tête du fœtus au détroit supérieur, à travers l'épaisseur des parois de la matrice. Les mouvemens actifs du fœtus sont quelquefois tellement forts à cette époque, que l'on avait cru pendant long-temps que l'enfant faisait la culbute. La démarche est gênée, les envies d'uriner fréquentes, et chez certaines femmes les membres abdominaux sont déjà œdématiés. Au *huitième mois*, la tête de l'enfant est plus grosse, plus solide, et paraît plus basse; le doigt introduit dans le vagin sent manifestement les membranes, si l'orifice de l'utérus est ouvert; l'estomac et le diaphragme sont refoulés en haut par suite de la plus grande élévation du fond de l'utérus; aussi la respiration est plus difficile, et assez souvent la femme éprouve de nouveau

des dégoûts, des nausées, des vomissemens. Au *neuvième mois*, la partie inférieure de l'utérus, entraînée par le fœtus, plonge dans l'excavation du petit bassin. Il n'est pas rare, à cette époque, de voir l'orifice de la matrice assez ouvert pour que le doigt introduit dans le vagin puisse atteindre les membranes qui enveloppent le fœtus. La compression exercée par l'utérus sur la vessie, le rectum, les nerfs sacrés, etc., rend raison des envies fréquentes d'uriner, des ténesmes, des hémorrhoïdes, des varices, des douleurs dans les jambes, et de l'engourdissement que la femme éprouve.

Nous ne rappellerons pas les changemens considérables et importans qui surviennent pendant ces trois mois dans la situation de la matrice, et dans la structure du col. (*Voy.* page 173.) Dans le plus grand nombre des cas, la femme continue à ne pas être réglée; il arrive cependant, lorsque le placenta est inséré sur l'orifice de l'utérus (ce qui est fort rare), que vers la fin du sixième mois, ou au commencement du septième, époque à laquelle la portion utérine de cet orifice s'élargit, il y a un écoulement sanguin, même chez les personnes dont la menstruation avait été supprimée jusqu'alors. Le *gonflement des mamelles* et l'expansion du ventre sont en général plus considérables pendant cette époque qu'à aucune autre; toutefois l'abdomen change de forme au commencement du neuvième mois, lorsque l'utérus paraît s'abaisser.

De la grossesse utérine composée.

L'objet de cet article n'est point de rechercher combien il y a de fœtus dans l'utérus ; la solution de cette question n'intéresse en aucune manière la médecine légale ; ce qu'il importe d'établir, c'est que dans le cas de grossesse composée, plusieurs des caractères indiqués dans l'histoire de la grossesse utérine simple subissent des modifications qui seraient propres à jeter de l'incertitude, si elles n'étaient pas prévues. Ainsi le *ballottement* est plus difficile à déterminer dans les derniers mois que lorsque la grossesse est simple, parce qu'il y a moins de liquide dans l'utérus, et que le fœtus que l'on a déplacé par le choc ne s'agite point facilement à cause de l'obstacle que lui présente l'autre fœtus. En appliquant la main sur le ventre de la femme, on peut distinguer deux fœtus dans le cas de grossesse double, *si l'utérus offre des parois souples et peu tendues*, tout comme on reconnaît les pieds, les genoux et les coudes du fœtus dans la grossesse simple, si les parois de la matrice n'ont point beaucoup d'épaisseur. A l'aide du *stéthoscope* on peut sentir quelquefois les doubles pulsations du cœur dans plusieurs points de l'abdomen à la fois ; la naissance des jumeaux a déjà été prédite par ce moyen.

Indépendamment de ces modifications, il en est d'autres qui, pour être moins importantes, n'en doivent pas moins être mentionnées, parce qu'on peut les observer quelquefois : 1° les mouvemens du fœtus se font sentir en même temps dans plusieurs régions de l'abdomen ; 2° dès les premiers mois de la grossesse,

la matrice offre un volume considérable ; 3° au lieu d'être élevé en pointe, l'abdomen est aplati et divisé longitudinalement en deux tumeurs séparées par un sillon quelquefois oblique ; 4° le gonflement et l'œdématie des membres abdominaux ont déjà lieu vers le troisième ou le quatrième mois.

De la grossesse utérine compliquée.

Indépendamment d'un ou de plusieurs fœtus, l'utérus peut contenir des gaz, des hydatides, des polypes sarcomateux, etc. Des faits nombreux viennent à l'appui de cette proposition ; nous nous bornerons à citer le suivant. Un chirurgien appelé chez une femme qui est sur le point d'accoucher, croit que le placenta est décollé, et qu'il franchit le vagin ; il fait rentrer ce prétendu placenta ; M. Dubois ne tarde pas à reconnaître un énorme polype qui sortit pendant l'accouchement, et se plaça à la partie antérieure de la vulve ; le travail fut terminé heureusement, et l'extirpation du polype fut faite aussitôt après le rétablissement de la femme. (Leçons orales du professeur Dubois.)

Dans le plus grand nombre des circonstances, il est impossible d'apprécier, pendant la grossesse, les complications dont nous parlons : aussi nous abstiendrons-nous de rapporter les caractères vagues et incertains donnés par les auteurs qui ont traité cette matière ; nous nous bornerons à dire que le médecin chargé par le magistrat de prononcer sur l'existence de la grossesse, dans un cas de ce genre, doit se

conduire comme si la grossesse utérine était simple. (*Voyez* page 177.)

§ II.

De la grossesse extra-utérine.

L'embryon peut se développer hors de la cavité de l'utérus; son accroissement se fait alors tantôt dans les trompes de fallope, plus rarement sur un point de l'abdomen, et plus rarement encore dans l'ovaire (1). On a également cinq exemples de fœtus développés dans le tissu propre de la matrice; ils ont été décrits par *Schmitt* dans les Mémoires de l'Académie impériale Joséphine de Vienne; par Hederick, dans le Muséum de Dresde; par Albers de Brême; par Lobstein, dans le Rapport sur le cabinet de Strasbourg; et en dernier lieu par M. Breschet, qui a trouvé un fœtus d'environ trois mois dans la portion du tissu de l'utérus qui avoisine la trompe gauche; celle-ci était oblitérée dans toute son étendue, et le fœtus n'avait aucune communication ni avec elle, ni avec la cavité de la matrice.

Nous ne rechercherons point si la grossesse extra-utérine reconnaît pour cause un vice de conformation ou un état morbide des ovaires ou des trompes, une

(1) La grossesse *extra-utérine* abdominale, admise par tous les auteurs, ne semble pas parfaitement établie à M. Dubois : « Le désordre et les altérations de l'abdomen sont telles, dit ce professeur, que l'ouverture des cadavres n'a jamais prouvé que le fœtus se fût développé plutôt dans l'abdomen que dans la trompe ou dans l'ovaire. »

trop grande densité des membranes des ovaires, un défaut de rapport entre la trompe et l'ovaire, l'adhérence de ces organes, l'oblitération des trompes, etc.; nous passerons également sous silence tout ce qui concerne les annexes du fœtus extra-utérin, c'est-à-dire le cordon ombilical, le placenta, l'eau dans laquelle il nage, le sac membraneux qui le contient, et le kyste qui constitue sa dernière enveloppe et qui fait office de matrice : nous nous attacherons spécialement à faire connaître les signes de cette grossesse, parce qu'ils diffèrent sous plusieurs rapports de ceux qui ont été décrits à l'occasion de la grossesse utérine.

La difficulté du diagnostic est tellement grande ici, qu'il ne faut pas s'étonner que les auteurs aient donné comme signes de la grossesse extra-utérine une foule de caractères erronés ou insignifians, que nous nous contenterons d'énumérer : *la femme continue d'être réglée pendant la grossesse extra-utérine; elle ne vomit pas dans les premiers mois; il n'y a ni gonflement des mamelles, ni sécrétion de lait; l'abdomen ne se développe que d'un seul côté; les mouvemens du fœtus sont plus forts que dans la grossesse utérine, et ils se font sentir sur d'autres parties du ventre.*

L'utérus, a-t-on dit, n'éprouve d'autre changement, quelle que soit l'époque de la grossesse extra-utérine, qu'une légère augmentation d'épaisseur dans son col. Ce caractère, s'il était vrai, serait précieux, puisqu'il suffirait de le constater, pour affirmer, lorsqu'il y a grossesse, qu'elle est extra-utérine; mais il n'est pas exact. Déjà Bertrandi, Sanctorius, Weincknecht, Foart Simmons, Hartmann, etc, avaient annoncé que dans

la grossesse des trompes, la matrice avait un volume triple de celui qu'elle offre chez une femme qui n'est pas enceinte, lorsque M. Chaussier publia une observation de grossesse tubaire, dans laquelle l'utérus, trois fois plus volumineux que dans l'état de vacuité, était un peu abaissé et porté à droite; son col était souple, allongé et tellement ouvert, que l'on pouvait facilement y introduire le doigt et parcourir toute la cavité de la matrice, qui était tapissée d'une tunique semblable à la membrane caduque qui se forme pendant la grossesse utérine. (Bulletin de la Faculté de médecine, n° 6., année 1814.)

Voici ce que l'on peut établir de plus précis sur les signes des diverses espèces de grossesse extra-utérine. Lorsque l'embryon se développe dans la *trompe*, la femme éprouve dans la partie profonde du bassin, et dès les premiers temps de la grossesse, un sentiment de gêne, de pesanteur toujours fixe dans le même endroit, qui parfois s'étend au rein du même côté. Dans la suite on observe une tumeur mobile, arrondie, qui, du fond du bassin, et toujours du même côté, s'élève progressivement dans l'abdomen, et est accompagnée d'un sentiment de tension, de douleur plus ou moins vive. Par le toucher on trouve l'utérus déprimé, déjeté du côté opposé à la tumeur, à laquelle il adhère cependant. A travers les parois du vagin et de l'intestin rectum, on peut reconnaître la saillie formée par la trompe plus ou moins distendue. A une certaine époque, on sent dans cette tumeur, d'une manière positive, les mouvemens de l'enfant. (Chaussier Bulletin déjà cité.) L'auscultation ne peut fournir aucun caractère certain,

parce qu'il est rare que le fœtus qui se développe dans la trompe vive plus de trois mois, et que jusqu'alors les battemens du cœur sont imperceptibles.

Il est probable que tout ce que nous venons de dire s'applique également au cas où l'embryon prend son accroissement dans l'*ovaire*.

Si le fœtus se développe dans l'abdomen, la tumeur est, dit-on, située plus haut que dans les deux espèces précédentes, les douleurs abdominales sont plus vives, la pesanteur plus incommode, les mouvemens du fœtus plus sensibles pour la mère ; ces caractères sont trop vagues pour servir à établir le diagnostic. Le seul fait important à noter est que, le fœtus pouvant s'accroître et vivre pendant plus de neuf mois dans l'abdomen, il est possible que l'on entende, à l'aide du stéthoscope, les doubles pulsations du cœur dans un point du ventre où il n'est pas ordinaire de les remarquer.

Mais il s'en faut de beaucoup que l'on parvienne à décider aisément à l'aide de ces différens signes, si l'accroissement de l'embryon se fait dans la trompe, dans les ovaires ou dans l'abdomen, puisque, dans le plus grand nombre des cas, on éprouve les plus grandes difficultés à constater seulement que la grossesse est extra-utérine ; et si nous avons parlé de chacune de ces trois espèces, c'était dans l'intention de mieux faire connaître les phénomènes que présente la femme chez laquelle le fœtus se développe hors de l'utérus. Le médecin chargé de faire un rapport sur une grossesse de ce genre, en supposant même qu'il parvienne à soupçonner qu'elle est extra-utérine, n'attachera aucune importance à décider le siége qu'occupe le fœtus ; il cher-

chera seulement à établir par les moyens indiqués à l'occasion de la grossesse utérine, que la femme est ou n'est pas enceinte. La plus grande circonspection doit présider au jugement qu'il portera; la question étant souvent fort épineuse : c'est ici, plus que dans aucune autre circonstance, qu'il devra attendre que le temps lui permette d'obtenir de nouvelles lumières (1).

---

(1) Il serait possible qu'en ouvrant le cadavre d'une *fille pubère et non déflorée*, on découvrît un fœtus ou des parties d'un enfant qui se seraient développés sur un des points de la cavité abdominale. Dès que la personne n'a pas été déflorée, il est évident qu'il y a monstruosité, c'est-à-dire que deux embryons ayant été conçus, l'un d'eux a été comme enfermé dans la substance de l'autre. (*Voyez* MONSTRUOSITÉS.) Combien l'homme de l'art ne serait-il pas répréhensible, si, dans son rapport, il faisait naître des soupçons sur la moralité de cette personne, en confondant la monstruosité dont nous parlons, avec la grossesse extra-utérine. Le diagnostic, en pareil cas, repose 1° sur l'état de l'utérus, qui, dans la grossesse extra-utérine éprouve toujours quelques changemens, soit dans son volume, soit dans sa cavité; 2° sur l'état des parties sexuelles, d'après lequel on pourra présumer que la personne a été déflorée; 3° sur les signes commémoratifs : ainsi, la jeune fille aura présenté dès son enfance une tumeur abdominale plus ou moins douloureuse, s'il y a monstruosité, tandis qu'on aura observé quelques-uns des signes de la grossesse extra-utérine, si elle est réellement enceinte; et la tumeur n'aura paru que depuis peu; 4° sur la situation de cette tumeur, sur les rapports qu'elle peut avoir avec les parties environnantes, etc.

DOUZIÈME LEÇON.

§ III.

Des divers états contre nature qui peuvent simuler la grossesse.

Il arrive souvent que des femmes éprouvent la plupart des signes équivoques de la grossesse, sans pourtant être enceintes. On en a vu qui disaient sentir les mouvemens de l'enfant, et qui étaient en proie à des nausées, à des vomissemens, etc.; la menstruation était supprimée depuis plusieurs mois; les seins tuméfiés laissaient suinter un liquide laiteux; l'expansion de l'abdomen était considérable, la matrice était plus volumineuse, et son col effacé et entrouvert. Cet ensemble de phénomènes, désigné par les auteurs sous le nom de *grossesse apparente*, reconnaît pour cause l'un ou l'autre des états suivans (1).

1° La *tympanite utérine*, affection dans laquelle l'utérus est distendu par des gaz : à la vérité, tous les médecins n'admettent pas l'existence de cette maladie, parce qu'il est difficile de concevoir que le tissu serré et très-épais de la matrice soit dilaté par des gaz au point de simuler la grossesse; ils pensent que l'on a désigné sous le nom de tympanite utérine des collections de gaz dans les intestins.

2° La présence d'*hydatides* dans l'utérus, et surtout

(1) Il serait superflu et déplacé de décrire avec détail les symptômes et la marche des affections dont nous allons parler, leur étude étant du ressort de la pathologie.

d'*acéphalocystes* (*hydromètre vésiculeuse* de quelques auteurs) : que ces vers vésiculaires soient isolés, roulans, ou que plusieurs d'entre eux tiennent par leur pédicule à une tige commune formant une espèce de grappe, ils distendent graduellement l'abdomen, et peuvent simuler la grossesse.

3° L'*hydropisie de l'utérus* (*hydromètre*), maladie dont certains praticiens nient l'existence, parce que la matrice n'est point revêtue d'une membrane séreuse ; ils pensent que l'on a donné ce nom à des masses d'hydatides (1).

4° *L'hydropisie enkystée de la matrice ; l'hydropisie des ovaires et des trompes.*

5° *L'engorgement chronique de l'utérus.*

6° *Les corps fibreux de la matrice*, dont le volume varie depuis celui d'une lentille jusqu'à celui de la tête d'un homme, et même plus : on en a vu qui pesaient vingt-quatre livres. Ils sont charnus, fibro-cartilagineux ou osseux ; ils se développent dans le tissu fibreux de la matrice, entre ce tissu et la tunique péritonéale, ou entre

(1) Frank rapporte, dans son article de *Hydrometra*, qu'une princesse allemande, d'un âge avancé, et qui n'était plus réglée, fut déclarée enceinte par son médecin et par un accoucheur ; elle rendit par la vulve une énorme *quantité d'eau*, et la matrice ne tarda pas à s'affaisser. Un peu après les mêmes symptômes se renouvelèrent ; on s'attendait à un *flux* de même nature que la première fois ; elle *accoucha* d'un enfant viable, au préjudice de la réputation des accoucheurs les plus expérimentés. (Traité de médecine pratique de *P. Frank*, traduit par Goudereau, tom. IV, pag. 184.)

le tissu fibreux et la surface interne de l'utérus : dans ce dernier cas, on les désigne sous le nom de *polypes fibreux.*

7° *Les polypes mous, vésiculeux.*

8° *L'hydropisie ascite* (1), *les tumeurs du mésentère, la tympanite intestinale.*

9° *La rétention, dans l'utérus, du sang qui devait sortir par le vagin.* On conçoit que le sang des règles s'accumule dans la matrice, par suite de l'oblitération ou de l'imperforation du vagin, ou de toute autre cause : il est également aisé de voir que ce liquide, abandonné à lui-même, ne doit pas tarder à se coaguler. Ces concrétions sanguines présentent des caractères qu'il importe de connaître, pour ne pas les confondre avec les débris du germe dont nous parlerons bientôt. Quoique

(1) Une femme affectée d'une hydropisie ascite consécutive de la phthisie pulmonaire, mère de huit enfans, affirmait qu'elle était enceinte; en appliquant les deux mains froides sur le bas-ventre, on sentait des *mouvemens assez forts* dans la région de l'utérus, comme si l'enfant donnait des coups de genou ou de coude; le toucher faisait pourtant reconnaître que l'utérus était vide. Le docteur Frank annonça dès lors que la femme n'était pas grosse : un autre médecin fut d'un avis contraire. La malade mourut au bout de trois semaines. On pratiqua l'opération césarienne, et il sortit de la *cavité abdominale* une grande quantité d'eau. L'utérus était racorni et rapetissé comme chez les femmes avancées en âge; *quelques tumeurs dures, anguleuses,* étaient adhérentes au péritoine par des pédicules membraneux assez longs : ces tumeurs libres et flottantes dans la cavité, *avaient simulé les mouvemens du fœtus.* (*Frank*, ouvrage cité, tom. IV, pag. 170.)

d'une forme variable, elles offrent souvent la configuration de la cavité de l'utérus; leur couleur est blanche, verdâtre, brune ou pâle; ces dernières sont enduites d'une matière visqueuse, gélatineuse, ou purulente et fétide; il en est qui sont friables, et faciles à écraser entre les doigts; leur structure varie beaucoup; les unes paraissent fibreuses et vasculeuses; d'autres ressemblent aux tissus glanduleux, graisseux ou membraneux; leur surface seule présente quelques traces d'organisation; *leur centre n'offre en général que du sang noir et coagulé*: ce n'est que dans des cas fort rares que l'on y trouve une vésicule remplie de matière gélatineuse. Nous tirerons parti de ces faits à l'article *avortement*.

10° *Les débris de l'embryon*. On admettra facilement que l'embryon peut périr dans l'utérus et n'être expulsé qu'au bout d'un certain temps; les débris de ce corps organisé continueront à recevoir du sang, se développeront, et pourront finir par produire une masse d'un volume considérable. Pendant le séjour de cette masse dans la matrice, la femme éprouvera des phénomènes qui tendront à faire croire qu'elle est enceinte: il importe donc de fixer l'attention du médecin sur ce point.

La masse dont il s'agit a reçu le nom de *mole*, mais il en a été de ce mot en médecine légale comme de celui de fièvre puerpérale en pathologie; on l'a employé pour désigner des productions qui ne se ressemblent point, telles que les debris de l'embryon, les concrétions sanguines, des polypes, des hydatides, etc.; aussi pensons-nous qu'il doit être rayé du langage médical.

On doit entendre par *débris de l'embryon*, un corps

organisé, ordinairement charnu et recouvert d'une membrane, insensible, presque toujours mollasse, quelquefois dur, d'une forme variable, régulière ou irrégulière, *offrant constamment à son centre une cavité revêtue d'une membrane lisse*, qui contient souvent un liquide, quelquefois des vestiges de l'embryon qui a été détruit, et d'autres fois rien. Il est évident que les propriétés physiques et la structure de ce corps varieront suivant que l'embryon aura été détruit dans la première période de la grossesse ou à une époque plus éloignée, et suivant qu'après sa destruction les débris seront restés plus ou moins de temps dans la matrice. Il importe beaucoup en médecine légale, surtout pour la question de l'avortement, de bien connaître ces différentes variétés.

1° Si l'expulsion a lieu immédiatement ou peu de temps après la destruction d'un embryon fort jeune, on verra qu'il présente la forme d'une *poche ovoïde, transparente,* contenant une petite quantité de liquide, et semblable, au premier abord, à une hydatide : cette poche offrira sur un de ses points quelques filamens blanchâtres, véritables débris de l'embryon qui a été détruit. 2° Si l'expulsion de ce jeune embryon n'a lieu que long-temps après sa mort, et que ses débris aient continué à s'accroître, au lieu d'une poche transparente, ce sera une masse d'apparence charnue, d'un tissu semblable au placenta, dans laquelle on rencontrera quelquefois des kystes hydatiques : sa ressemblance avec le placenta sera d'autant plus grande, qu'elle aura séjourné moins long-temps dans l'utérus après la mort de l'embryon. Si la sérosité que contient ordinairement

la cavité centrale n'est pas évacuée avant la masse dont il s'agit, ou si elle ne l'est que peu de temps avant, le volume de cette masse sera assez considérable, son tissu humide, ses parois gorgées de sang, et sa cavité très-apparente; si, au contraire, le liquide séreux s'est écoulé plusieurs semaines ou plusieurs mois avant l'expulsion des débris de l'embryon, la cavité sera à peine sensible; on conçoit, en effet, que dans ce dernier cas la masse qui continue à se nourrir se durcisse, se pelotonne sur elle-même, et que la cavité se rétrécisse; mais on pourra toujours constater la présence de cette cavité. 3° Si la mort du fœtus arrive à une époque déjà avancée de la grossesse, et que l'expulsion n'ait lieu qu'au bout d'un certain temps, il est impossible d'admettre que la dissolution du produit de la conception aura été assez complète pour qu'on ne découvre pas des vestiges du fœtus, tels que des os, des poils, etc. : il peut même se faire alors que le cadavre se soit conservé dans l'eau de l'amnios, comme dans une saumure, lors même que le placenta a continué de s'accroître.

Rien n'est aussi variable que le volume et le poids des débris de l'embryon; on en a vu qui étaient de la grosseur du poing et qui pesaient d'une à deux onces, tandis que d'autres offraient le volume d'une tête d'adulte, et pesaient jusqu'à quarante onces. Ces différences dépendent particulièrement de la durée du séjour dans l'utérus, qui varie depuis deux jusqu'à quatorze mois : les auteurs qui ont annoncé que ce séjour pouvait être de plusieurs années, ont évidemment confondu la masse dont nous parlons, avec d'autres tumeurs.

Il résulte de ce que nous venons d'établir, que si

une femme, que l'on supposerait avoir été fécondée, rendait par le vagin une masse d'apparence charnue, on reconnaîtrait que ce corps est le débris d'un embryon, à l'existence d'une *cavité centrale, tapissée d'une membrane séreuse*, tandis que les concrétions sanguines n'offriraient, en général, sur tous leurs points, que du sang noir et coagulé.

11° *La grossesse apparente nerveuse*, c'est-à-dire, l'état d'une femme, ordinairement hystérique, qui sans être enceinte présente presque tous les signes équivoques de la grossesse, et dit même sentir remuer le fœtus entre le quatrième et le cinquième mois.

Conclusions sur la grossesse.

1° *Depuis le moment de la conception jusqu'à la fin du deuxième mois*, il n'existe aucun signe qui permette d'*affirmer* que la femme est enceinte : on peut, dans certaines circonstances, établir de *légères probabilités* en faveur de la grossesse ; mais l'homme de l'art serait blâmable s'il n'engageait pas l'autorité à attendre que de nouveaux phénomènes missent le fait hors de doute.

Le toucher peut-il être de quelque utilité à l'époque dont nous parlons? Il est évident, si la grossesse existe, que le volume et la situation de l'utérus ne sont plus à la fin du deuxième mois ce qu'ils étaient avant la conception ; d'où il résulte que si l'on parvenait à trouver une différence entre ces deux états de l'utérus, on serait à même d'établir des *présomptions* plus fondées en faveur de la grossesse. Ainsi, supposons qu'une femme chez laquelle on remarque quelques-uns des signes équivoques qui peuvent annoncer

la grossesse (*voyez* pag. 179) se dise enceinte depuis quinze jours, et qu'elle se laisse visiter, le médecin introduit le doigt dans le vagin, et s'assure du volume et de la situation du corps et du col de l'utérus : à la fin du premier mois, il explore de nouveau cet organe ; il recommence quinze jours après, et il fait un dernier examen à la fin du deuxième mois. Si les changemens observés sont les mêmes que dans la grossesse ; si la femme a continué à éprouver quelques-uns des accidens qui constituent les signes équivoques décrits à la pag. 179 ; si enfin il n'existe chez elle aucun symptôme qui annonce une maladie à laquelle on pourrait attribuer ces changemens, l'homme de l'art peut établir des *probabilités* en faveur de la grossesse, et doit engager l'autorité à attendre.

2° *Pendant le troisième mois.* Nous ne pouvons que répéter ce qui vient d'être dit à l'occasion de la première époque ; toutefois le toucher ayant pu être pratiqué un plus grand nombre de fois, les *probabilités* de grossesse seront un peu plus grandes, s'il se joint aux signes équivoques décrits à la pag. 179, ceux dont nous avons fait mention à la pag. 172. Il y aurait encore plus de probabilités, si, indépendamment de ces phénomènes, la femme disait sentir des mouvemens semblables à ceux qu'exécute le fœtus, ce qui est fort rare à cette époque.

3° *Pendant le quatrième mois.* L'ensemble des signes observés pendant cette période peut servir à établir d'assez *grandes probabilités* en faveur de la grossesse, surtout lorsqu'on a touché la femme à différentes reprises ; mais il est insuffisant pour pro-

noncer *affirmativement*, à moins que l'on n'ait pu déterminer le ballottement, ce qui n'est pas ordinaire. Qu'importe, en effet, que la femme ou le médecin soient convaincus qu'il existe des mouvemens actifs semblables à ceux qu'exécute le fœtus : un état spasmodique des intestins et de la matrice ne peut-il pas simuler ces mouvemens dans les *grossesses apparentes*, et d'ailleurs ne voit-on pas des femmes enceintes chez lesquelles il y a absence de pareils mouvemens.

4° *Pendant le cinquième mois.* Le fœtus étant le seul corps qui puisse être suspendu et ballotté dans l'utérus, on pourra *affirmer* que la grossesse existe, si l'on a pu déterminer le ballottement, mouvement passif que l'on évitera de confondre avec le mouvement de totalité de l'utérus. On se gardera bien de nier que la femme soit enceinte, parce qu'il aura été impossible de déterminer ce ballottement, plusieurs causes pouvant s'opposer à ce qu'il soit sensible. (*Voyez* pag. 184.) Il sera permis alors d'établir les mêmes probabilités qu'au quatrième mois, si les circonstances sont les mêmes. Que l'on ait pu s'assurer ou non du ballottement du fœtus, on affirmera que la grossesse existe, si l'on a senti distinctement les *battemens du cœur du fœtus*, en appliquant l'oreille sur l'abdomen de la femme, ou mieux encore en se servant du stéthoscope ; mais il est probable que les battemens dont il s'agit ne pourront être aperçus que fort rarement avant le sixième mois.

5° *Pendant le sixième mois.* Si les caractères fournis par l'auscultation médiate ou immédiate (*voyez* pag. 185) ne permettaient pas à l'homme de l'art de prononcer sur l'état de la femme, il agirait conformé-

ment aux principes établis à l'occasion de la grossesse pendant le cinquième mois; d'autant plus qu'alors le fond de l'utérus est plus haut (*voy.* p. 173), les mouvemens actifs du fœtus plus prononcés, et le ballottement plus facile à sentir, parce que le fœtus est plus fort.

6°. *Pendant les trois derniers mois.* Les caractères tirés de la situation de la tête du fœtus et de la matrice, de l'état du col et des membranes, sont les seuls, parmi ceux que nous avons énumérés à la page 187, qui méritent quelque attention: ils sont pourtant insuffisans pour *affirmer* que la grossesse existe; ils n'autorisent qu'à établir *de très-grandes probabilités.* Mais comme en général, pendant l'époque dont nous parlons, les mouvemens actifs, le ballottement et les battemens du cœur du fœtus sont très-sensibles, et que ces deux derniers signes sont caractéristiques de la grossesse, l'homme de l'art pourra, dans beaucoup de circonstances, *affirmer* que la femme est enceinte. Il mettra, au contraire, dans ses conclusions, la même réserve qu'au cinquième et au sixième mois, s'il lui est impossible de déterminer le ballottement ou de sentir les battemens du cœur.

7°. L'existence de deux ou d'un plus grand nombre de fœtus dans l'utérus étant propre à modifier quelques-uns des caractères importans de la grossesse, il faut que l'homme de l'art redouble d'attention pour ne pas être induit en erreur; du reste son jugement et ses conclusions doivent être basés sur les mêmes principes. S'il ne parvient pas à déterminer le ballottement ni à sentir les battemens du cœur, et qu'il ait cependant des motifs pour soupçonner que la femme

est enceinte, il émettra des doutes, et se gardera bien surtout de nier la grossesse. Il pourra, au contraire, *affirmer* qu'elle existe, lors même qu'il n'aurait pu déterminer le ballottement, s'il a senti les doubles pulsations du cœur dans plusieurs points de l'abdomen. (*Voyez* p. 189.)

8° Ce que nous avons dit à l'occasion de la grossesse utérine compliquée, de la grossesse extra-utérine, et des divers états contre nature qui peuvent faire croire que la femme est enceinte, prouve combien le médecin appelé pour juger des questions de ce genre doit se conduire avec circonspection. Toutes les fois qu'il conservera *des doutes*, il devra donner un avis favorable à la femme, et engager l'autorité à attendre : ainsi il admettra la possibilité de la grossesse, lorsqu'il croira obtenir la conservation de la mère et du fœtus ; il agira dans un sens contraire, si l'absence de la grossesse peut présenter quelque avantage à l'accusée ou lui éviter quelque inconvénient.

9° On n'oubliera jamais que les femmes qui ont intérêt à simuler la grossesse augmentent souvent le volume du ventre à l'aide de serviettes, de coussins, etc.; elles soustraient les linges qui pourraient attester le retour périodique des règles. Mais il faut observer qu'il ne suffit pas de reconnaître l'une ou l'autre de ces fourberies pour prononcer que la femme n'est pas grosse, car elle aurait pu y avoir recours pour paraître plus avancée qu'elle ne l'est réellement. Si une femme enceinte veut cacher sa grossesse, elle ne manque pas de se dire atteinte d'une de ces maladies qui la simulent (*voy.* page 196.); elle fait tous ses efforts

pour qu'à l'aide des vêtemens et des ceintures le volume du ventre ne soit pas très-sensible; enfin elle simule la menstruation tous les mois, en tâchant des linges avec du sang.

DEUXIÈME QUESTION. — *Une femme est-elle d'âge à avoir pu concevoir ?*

Dans nos climats, la femme jouit, le plus ordinairement, de la faculté de concevoir depuis l'âge de quinze ans, époque de la première menstruation, jusqu'à celui de quarante ou de quarante-cinq ans, où l'on voit les règles cesser. Mais la constitution du sujet, le climat qu'il habite et le genre de vie qu'il mène, influent singulièrement sur le moment de l'apparition et de la cessation des règles; on sait, par exemple, que la menstruation s'établit plus tôt chez les filles du midi et chez celles qui habitent les villes que chez les personnes du nord et chez celles qui vivent à la campagne. Il y a plus : des femmes sont devenues mères avant d'avoir été réglées, et même sans l'avoir jamais été : on a vu à Paris une fille âgée de douze ans et demi être enceinte; d'une autre part, il est avéré que des femmes ont pu concevoir passé l'âge de soixante ans. *Bernstein* rapporte qu'une femme qui ne fut réglée qu'à vingt ans, accoucha pour la première fois à l'âge de quarante-sept ans; elle en avait soixante lorsqu'elle mit au monde le septième et dernier enfant : la menstruation ne cessa chez elle qu'à l'âge de quatre-vingt-dix-neuf ans, c'est-à-dire cinq ans avant sa mort.

Il résulte de ce qui précède, 1° qu'il est impossible de limiter la possibilité de la conception dans un espace

de temps déterminé ; 2° que si l'existence de la menstruation est un des indices les plus certains de l'aptitude à concevoir, le défaut des règles ne peut cependant pas autoriser à regarder la conception comme impossible.

TROISIÈME QUESTION. — *Une femme peut-elle ignorer constamment sa grossesse?*

Des femmes accusées d'avoir laissé périr leur enfant, faute de soins, peuvent alléguer l'ignorance de la grossesse; d'autres, après avoir commis le crime d'infanticide, assurent dans leurs moyens de défense, que loin d'avoir tué leur enfant, elles ignoraient qu'elles fussent enceintes; la question qui nous occupe pourra donc être agitée devant les tribunaux. Il est incontestable qu'une femme complétement idiote peut ignorer sa grossesse; en est-il de même de celle dont on a abusé pendant qu'elle était enivrée par des narcotiques, des liquides spiritueux, ou pendant qu'elle était frappée d'asphyxie ou d'apoplexie? Nous avons déjà établi que la fécondation peut avoir lieu chez une personne qui est dans l'un ou l'autre de ces états; mais il ne faut pas conclure que parce que la femme a été abusée à son insu, elle devra *nécessairement* ignorer plus tard qu'elle est enceinte; les mouvemens actifs et le ballottement du fœtus, ainsi que les autres signes de la grossesse, ne pourront-ils pas éclairer cette femme sur son véritable état, lorsqu'elle aura repris l'usage de ses sens? Toutefois, si l'on ne peut pas conclure que la personne dont il s'agit doive ignorer *nécessairement* sa grossesse, il faut admettre la *possibilité* du fait, puisqu'on a vu des femmes mariées, qui n'avaient aucun intérêt

à tromper le médecin, arriver jusqu'au moment de l'accouchement sans avoir jamais soupçonné leur grossesse : 1° M. Desgranges rapporte l'exemple d'une femme déjà mère de plusieurs enfans, qui se trouva dans ce cas à l'âge de quarante-cinq ans ; 2° une femme, mariée depuis trois ans, consulta M. Fodéré, pour une affection chronique de la poitrine, accompagnée de rétentions de règles, et d'une perte en blanc, très-abondante et ichoreuse ; elle présentait, en même temps, divers symptômes équivoques de grossesse ; mais sur les observations qui lui furent faites à cet égard, elle objecta l'absence de son mari ; elle ajouta d'ailleurs que, sans vivre dans une continence absolue, elle ne craignait rien, parce que des gens de l'art lui avaient assuré qu'elle ne pourrait point devenir grosse, tant que la perte en blanc subsisterait. Deux mois après, M. Fodéré, appelé en consultation, pour la maladie de poitrine qui était devenue très-aiguë, fit observer à ses confrères qu'il sentait au côté droit de la région hypogastrique, une tumeur dure, ronde, oblongue, qu'on regarda comme stercorale, ou venteuse, faute de renseignemens précis. Cependant le douzième jour depuis qu'il continuait de voir cette femme, elle accoucha d'un enfant mâle d'environ quatre mois, à sa grande surprise, à celle des médecins qui la soignaient et des assistans, qui se trouvaient en grand nombre dans sa chambre. Sa naïveté et sa confiance, au moment de ce travail, dont elle assurait ignorer la nature, et le peu de précautions qu'elle avait prises pour cacher sa honte et ce témoin de son infidélité, semblèrent autoriser à croire qu'effectivement elle n'avait

pas connu son état. Elle se plaignait beaucoup des gens de l'art, qui lui avaient inspiré une trompeuse sécurité, et expira le lendemain victime peut-être d'un, moment d'erreur, et de l'imprudence des personnes qui n'avaient pas assez interrogé la nature. (*Fodéré*, Médecine légale.) 3° Pendant notre séjour à Reims, l'an dernier, le docteur Duquesnel fut appelé par une dame mariée que personne ne croyait enceinte, et qui se plaignait de douleurs abdominales dont le caractère et la marche simulaient les douleurs de l'enfantement. Désirant s'éclairer, M. Duquesnel proposa à la dame de se laisser toucher; mais elle était tellement éloignée de soupçonner la grossesse qu'elle s'y refusa; ce ne fut qu'au bout d'une heure, lorsque le médecin l'assura que l'accouchement allait avoir lieu, qu'elle permit l'exploration du col de l'utérus; on vit alors que la tête du fœtus était sur le point de franchir le détroit supérieur, et la femme ne tarda pas une demi-heure à être délivrée. Il n'y avait *aucun motif* qui pût porter cette dame a cacher sa grossesse.

Combien le médecin ne doit-il donc pas user de circonspection lorsqu'il s'agit de prononcer sur une question de ce genre! C'est ici qu'il faudra s'enquérir de plusieurs circonstances commémoratives: la femme a-t-elle cherché à céler sa grossesse? s'est-elle informée de tout ce qui est relatif à l'accouchement, des moyens propres à faire avorter? a-t-elle fait des questions à ses amies, qui pourraient permettre d'élever des doutes? quelle est sa position sociale, sa moralité? le mari est-il absent, etc.?

QUATRIÈME QUESTION. — *Une femme enceinte a-t-elle des penchans tellement irrésistibles, qu'elle soit portée à commettre des actes contraires à l'ordre social?*

Les tribunaux ont quelquefois requis l'avis des médecins, pour savoir si la grossesse pouvait déranger l'imagination d'une femme et dépraver sa volonté au point de la porter à commettre malgré elle certains crimes, et notamment celui du vol. Il est incontestable qu'il faut admettre dans quelques cas de grossesse, la possibilité et même la réalité d'un trouble de l'imagination, assez marqué pour qu'il puisse servir d'excuse à la femme. Il serait contraire à l'ordre social d'établir que cela doit avoir lieu constamment, car on assurerait l'impunité à des femmes de mauvaise conduite, qui savent aussi bien soustraire la propriété d'autrui quand elles ne sont pas enceintes, que lorsqu'elles sont grosses. Si la lésion de l'imagination est évidente, l'homme de l'art ne balancera pas à excuser la femme; dans le cas contraire, il engagera le magistrat à chercher ailleurs que dans la médecine les moyens de résoudre la question; en effet, les juges seront beaucoup plus éclairés, quand ils sauront que la personne accusée jouit d'une bonne ou d'une mauvaise réputation, qu'elle est dans l'aisance ou dans la détresse, etc., que lorsqu'on leur dira que le tempérament de la femme est très-irritable, mélancolique, etc.

Nous n'imiterons point certains auteurs de médecine légale, qui, à l'occasion de la grossesse, ont agité la question suivante : *Doit-on considérer la présence*

d'une mole dans l'utérus, comme une preuve certaine du coït? Il est évident que l'on doit répondre affirmativement, si l'on entend par mole les débris d'un embryon (*Voy.* page 199); le contraire aura lieu, si, comme cela a été fait, on désigne sous ce nom des masses de sang, d'hydatides, etc., dont la présence ne suppose en aucune manière la copulation.

RAPPORTS SUR LA GROSSESSE.

Premier rapport. Nous soussigné, docteur en médecine de la Faculté de Strasbourg, sur la réquisition de M. le procureur du roi à nous signifiée par le sieur D... huissier, nous sommes transporté aujourd'hui 12 juin, à midi, accompagné de M. V..., commissaire de police, à la prison où était enfermée madame***, âgée de vingt-cinq ans, à l'effet de déterminer si elle était enceinte. Arrivé dans la chambre n° 2, nous avons trouvé ladite dame qui nous a déclaré être grosse de six mois, ce qu'elle avait reconnu aux dégoûts et aux vomissemens qu'elle éprouvait depuis ce temps, à la suppression de la menstruation, à la tuméfaction successive du ventre, et surtout aux mouvemens qu'elle ressentait depuis deux mois dans l'abdomen.

Madame*** étant debout, nous avons introduit le doigt indicateur de la main droite dans le vagin, tandis que la main gauche restait appliquée sur l'abdomen; ce qui nous a permis de constater que le col de l'utérus était tiré en haut et en arrière, que le fond de cet organe, parfaitement développé, répondait à l'ombilic, et que l'on pouvait déterminer des

mouvemens de ballottement. A l'aide du stéthoscope, placé dans l'espace qui sépare l'ombilic de l'arcade crurale, nous avons entendu au moins cent trente pulsations doubles par minutes, et sur un autre point de l'abdomen on pouvait recconnaître avec le même instrument, des pulsations simples isochrones au pouls de la mère.

Ces faits nous permettent de conclure que madame*** est enceinte d'environ six mois. En foi de quoi, etc. Paris, ce 10 juin 1820.

Deuxième rapport. Nous soussigné, etc. (*Voyez* le rapport précédent, pour le *préambule.*) Arrivé dans la maison, nous avons trouvé la fille N..., âgée de dix-neuf ans, que l'on croyait enceinte de huit mois; elle nous a dit n'avoir éprouvé ni dégoûts, ni vomissemens, ni vertiges, ni douleurs de tête, ni maux de dents depuis qu'elle était grosse; que les règles avaient coulé régulièrement tous les mois, quoique beaucoup moins abondamment qu'avant d'être enceinte, que le ventre et les mamelles s'étaient développés graduellement, sans qu'elle eût éprouvé la moindre incommodité; qu'elle n'avait jamais senti remuer l'enfant.

Le toucher nous a fait voir que le volume du ventre était dû au développement de la matrice, dont le fond était près de la région épigastrique, et dont le col fort élevé s'aplanissait et tendait à s'effacer, que l'on pouvait déterminer facilement les mouvemens de ballottement, et que l'on sentait, dans la cavité du bassin, un corps très-solide et assez volumineux, qui paraissait être la tête d'un fœtus. Le stéthoscope, appliqué sur diverses parties de l'abdomen, n'a permis d'apercevoir

aucun des battemens dont il a été fait mention dans le rapport précédent.

Nous croyons pouvoir conclure de ces faits, que la demoiselle*** est enceinte d'environ huit mois. En foi de quoi, etc. Fait à Paris, le, etc.

Troisième rapport. Nous soussigné, etc. Arrivé dans la chambre, nous avons trouvé la fille***, âgée de vingt-deux ans, qui se disait enceinte de six mois, parce que depuis cette époque elle n'était pas réglée, qu'elle avait éprouvé, à différentes réprises, des maux de tête, des envies de vomir, des vomissemens, que les seins et le ventre s'étaient gonflés considérablement, et qu'il s'écoulait des mamelles une humeur laiteuse : elle n'avait pas senti remuer.

On a vu par le toucher, que le volume du ventre était dû au développement de l'utérus, dont le fond répondait à l'ombilic, et dont le col était tiré en haut et en arrière; on ne pouvait déterminer ni le mouvement de ballottement ni les mouvemens actifs du fœtus, lors même qu'on appliquait sur l'abdomen une main trempée dans l'eau froide; le stéthoscope ne faisait reconnaître aucune sorte de pulsation ni de battement: du reste, la fille*** n'éprouvait aucun accident qui pût faire croire qu'elle était malade.

Il résulte de ces faits qu'il est impossible d'affirmer que mademoiselle *** est ou n'est pas enceinte, et qu'il est prudent de la faire visiter de nouveau, plus tard, et même d'attendre jusqu'à la fin du neuvième mois, si les nouvelles visites ne fournissent point des résultats plus positifs.

Quatrième rapport. Nous soussigné, etc. Arrivé

dans la chambre, nous avons trouvé madame***, âgée de seize ans, mariée depuis trois mois, qui se croyait enceinte de deux mois. Elle nous à dit avoir été bien réglée depuis l'âge de quatorze ans jusqu'à l'époque de son mariage, qu'il y avait deux mois qu'elle n'avait pas ses règles, que depuis lors elle avait des maux de tête, des envies fréquentes de vomir, et que les seins s'étaient gonflés.

Nous avons procédé à la visite : le volume du ventre paraissait dans l'état naturel, et il était impossible de distinguer aucune espèce de tumeur au-dessus des pubis ; en introduisant le doigt indicateur dans le vagin, nous avons cru apercevoir que le corps de l'utérus était un peu plus volumineux, et que le col était un peu plus haut que lorsque la matrice est vide : du reste il n'y avait point de mouvemens, et le stéthoscope ne décelait point de pulsations.

D'où il résulte que l'on ne peut tout au plus que soupçonner la grossesse ; qu'on est cependant loin de pouvoir nier qu'elle existe, et qu'il importe d'autant plus de toucher de nouveau madame *** dans quelque temps, que, connaissant l'état actuel des organes de la génération, on pourra mieux apprécier les changemens que la grossesse fera naître dans ces parties, si elle est réellement enceinte. En foi de quoi, etc.

Cinquième rapport. Nous soussigné, etc. Arrivé dans la chambre où était madame ***, âgée de trente-six ans, déjà mère de deux enfans, qui se disait enceinte de huit mois, on nous a rapporté que depuis cette époque la menstruation était supprimée, et que le ventre et les mamelles avaient augmenté graduelle-

ment de volume; que la respiration était gênée parfois, et que les membres abdominaux, surtout les pieds et les jambes, étaient tuméfiés depuis trois mois; du reste, la femme disait n'avoir ressenti aucune douleur; elle avait éprouvé par momens une soif ardente, et elle urinait beaucoup moins depuis quelque temps.

Nous avons procédé à la visite : l'abdomen, très-volumineux, était uniformément distendu; il ne s'élevait pas en s'arrondissant du côté du nombril, et ne laissait pas une sorte de vide du côté des reins; on a reconnu par le toucher que le col et le corps de l'utérus offraient le volume, la situation et la forme qu'ils présentent dans l'état de vacuité, si ce n'est qu'il y avait une échancrure au côté gauche du col; on ne déterminait point de ballottement en soulevant cet organe avec le doigt; le stéthoscope, appliqué à plusieurs reprises sur différens points de l'abdomen, ne faisait entendre ni battemens ni pulsations *placentaires*. La femme ayant été couchée sur le dos, la tête élevée et les cuisses fléchies, on a senti, en appliquant une main sur un des côtés de l'abdomen, et en frappant avec l'autre sur le côté opposé, une fluctuation manifeste : du reste, madame*** n'éprouvait aucune douleur, mais elle était tourmentée par une soif ardente; l'urine était rare et fortement colorée; les membres abdominaux et les parties génitales étaient le siége d'une infiltration séreuse très-marquée.

Ces faits nous permettent d'établir que madame *** n'est pas enceinte de huit mois; que les effets qu'elle rapporte à une grossesse aussi avancée, dépendent au contraire d'une hydropisie ascite; que cependant il

est impossible d'affirmer qu'elle n'est pas enceinte depuis quinze, trente, ou quarante jours. En foi de quoi, etc.

Sixième rapport. Nous soussigné, etc. Arrivé dans la chambre, nous avons trouvé madame N alitée, se disant enceinte de six mois; on nous a déclaré que les règles avaient cessé de couler depuis cette époque, et qu'elle avait presque toujours éprouvé un sentiment de gêne et de pesanteur dans le bassin; que le ventre n'avait grossi que d'un côté, et que son élévation avait souvent donné lieu à des douleurs vives; qu'elle avait senti remuer l'enfant vers la fin du quatrième mois, et que depuis lors elle n'avait aperçu aucune espèce de mouvement.

Nous avons procédé à la visite, et nous avons reconnu, vers la fosse iliaque droite, une tumeur mobile, arrondie; la région correspondante de l'autre côté de l'abdomen était beaucoup moins tuméfiée; l'utérus était déjeté à gauche; il offrait à peu près un volume double de celui qu'il présente chez les femmes qui ne sont pas enceintes; son orifice, souple et allongé, étant ouvert, on a introduit la main dans la cavité de la matrice, dans laquelle il n'y avait point de fœtus; en poussant tour à tour de bas en haut les parois du vagin et de l'intestin rectum, on déterminait des mouvemens de ballottement non-équivoques. Le stéthoscope, appliqué sur plusieurs parties de l'abdomen, ne permettait pas de distinguer des battemens ni des pulsations : du reste, la femme éprouvait des douleurs vives dans toute la partie inférieure de l'abdomen et une soif excessive; la chaleur de la peau était âcre, la fièvre considérable;

il y avait insomnie, perte de l'appétit, et par fois diarrhée.

Ces faits nous permettent de conclure que la femme est enceinte, et que la grossesse est extra-utérine.

TREIZIÈME LEÇON.

De l'accouchement.

L'article 341 du Code civil est ainsi conçu : « La recherche de la maternité est admise. L'enfant qui réclamera sa mère sera tenu de prouver qu'il est identiquement le même que l'enfant dont elle est accouchée. »

Indépendamment de cet article, qui réclame évidemment le ministère de l'homme de l'art, pour savoir si une femme est accouchée, il en est d'autres tirés du Code pénal, dont nous parlerons plus loin et qui sont relatifs à l'exposition, à la suppression, à la substitution, à la supposition de part, à l'avortement et à l'infanticide.

Voici les objets que nous nous proposons de traiter dans ce chapitre : 1° Comment reconnaître qu'une femme est récemment accouchée ? 2° Quelle est l'époque où il n'est plus permis de trouver des traces d'un accouchement récent ? 3° Peut-on établir qu'une femme est accouchée, lorsqu'il n'existe plus de traces d'un accouchement récent ? 4° Est-il possible qu'une femme accouche sans s'en apercevoir ? 5° L'accouchement se fait-il toujours à la même époque de la grossesse, ou bien y a-t-il des *naissances tardives* et *précoces* ? La superfétation est-elle possible ?

Comment reconnaître qu'une femme est récemment accouchée?

La solution de cette question repose sur la connaissance des phénomènes qui suivent l'accouchement, tels que la délivrance, l'écoulement des lochies, les douleurs des parties sexuelles et des articulations du bassin, les changemens qui y surviennent et ceux qui s'opèrent dans la position des viscères, et notamment de l'utérus, la fièvre de lait, quelquefois les tranchées, etc.

La *délivrance*, regardée par les accoucheurs comme faisant partie de l'accouchement, doit être considérée en médecine légale, comme un phénomène à part; en effet, s'il est vrai que dans la plupart des cas l'expulsion du délivre a lieu peu de temps après la sortie du fœtus, il arrive aussi que plusieurs heures et même plusieurs jours peuvent s'écouler avant que l'arrière-faix ne soit expulsé. Lorsque, par suite des contractions de l'utérus, le délivre est détaché, décollé de la surface interne de la matrice, et qu'il est tombé sur le col de ce viscère, on sent entre le pubis et l'ombilic, une tumeur globuleuse qui durcit et diminue de volume à chaque douleur que la femme éprouve par suite des nouvelles contractions de la matrice: si on introduit alors le doigt dans le vagin, on trouve le placenta à l'orifice de l'utérus, et l'on voit qu'il affecte la forme d'un cul de lampe ou d'un bec de pot, suivant la partie par laquelle il s'est décollé. Plus tard, le col de l'utérus, qui était revenu sur lui-même, se dilate, descend dans le

vagin et pèse sur la partie inférieure du rectum, ce qui engage la femme à pousser en avant pour chasser le délivre hors de la vulve. Il arrive souvent que le placenta, après son décollement, s'applique sur l'orifice interne de l'utérus et le bouche tellement qu'il empêche l'issue du sang; dans d'autres circonstances le décollement des bords du placenta se fait assez vite pour que l'écoulement du sang puisse avoir lieu aussitôt après ce décollement, et bien avant l'expulsion du délivre.

Écoulement des lochies. On sait qu'après la délivrance et l'issue du flot de sang qui l'accompagne, tout écoulement est suspendu; mais bientôt après la femme perd du sang pur; cet écoulement sanguin, d'une odeur fade, dure *ordinairement* deux jours, quoique la consistance du sang soit moins grande et sa couleur moins foncée à mesure qu'on approche de la fin du deuxième jour : à cette époque, la matière prend une teinte roussâtre. Du troisième au quatrième jour, elle devient verdâtre; son odeur est semi-putride, ce qui paraît tenir à la décomposition et à la fonte des lambeaux de la membrane caduque (épichorion de Ch.) qui étaient restés dans l'utérus; quelquefois l'odeur fétide dépend aussi de la putréfaction de quelque caillot de sang; il n'est pas rare alors de voir les lochies prendre une couleur noirâtre. Du quatrième au cinquième jour, l'écoulement acquiert une couleur d'un blanc jaunâtre semblable à celle du pus ou du lait; son odeur, qui provient des mucosités qu'elle entraîne, a été comparée à celle d'un civet de lièvre et à celle de l'huile de poisson, par *Loder*; d'autres l'ont regardée comme caracté-

ristique de l'accouchement et l'ont désignée sous le nom de *gravis odor puerperii*. Cet écoulement diminue par degrés et continue ordinairement pendant un mois ou six semaines ; à la vérité il est difficile de fixer la durée de ces *lochies laiteuses* ou *purulentes*, parce que l'on a souvent de la peine à les distinguer des flueurs blanches auxquelles beaucoup de femmes sont sujettes après l'accouchement, et qui peuvent se prolonger pendant long-temps. *La fièvre de lait* a le plus souvent lieu quarante-huit heures après l'accouchement ; alors l'écoulement est supprimé ou diminué ; il reparaît lorsque la fièvre a cessé.

Quelquefois les lochies sont sanguinolentes pendant plusieurs jours ; souvent dans le cours des premières semaines, et même de tout le premier mois, on voit le sang qui avait cessé de faire partie de la matière de l'écoulement, reparaître de temps à autre, ce qui tient à des écarts de régime, à la faiblesse des vaisseaux utérins, ou à la largeur contre nature de quelques-uns d'entre eux. On a vu rarement, à la vérité, des femmes n'avoir pas de lochies ; chez d'autres l'écoulement se supprime dès le deuxième le troisième jour, par suite d'une irritation quelconque, et l'on peut voir après avoir combattu cette irritation par les moyens antiphlogistiques, du sang pur couler pendant huit ou dix jours.

Quelque grandes que soient les variétés que présente l'écoulement des lochies, il ne doit pas moins en être considéré comme un des signes les plus importans de l'accouchement : en effet, il existe le plus souvent tel que nous l'avons décrit d'abord ; il est doué d'une

odeur particulière, et il est en général accompagné d'un afflux de lait aux mamelles; tandis que les pertes en rouge ou en blanc que l'on peut remarquer chez les femmes qui ne sont pas en couches, n'offrent point l'odeur dont nous parlons et produisent ordinairement le relâchement et la flétrissure des seins.

État des parties sexuelles et des articulations du bassin. On observe après l'accouchement chez une femme primipare, ou lorsqu'il y a une disproportion marquée entre le volume de la tête du fœtus et les parties génitales, que la vulve est fort dilatée; que les grandes et les petites lèvres, la fourchette, le vagin, etc., sont tuméfiés, rouges ou violets, contus et foulés: quelquefois on y remarque des déchirures; le bord antérieur du périnée peut également être déchiré, et dans des circonstances assez rares la lésion est telle que l'anus et le vagin ne forment plus qu'une seule ouverture; dans le plus grand nombre de cas, la fourchette est rompue après un premier accouchement. Le vagin est dilaté, phénomène que l'on peut remarquer aussi chez les personnes qui ne sont pas accouchées, et dont les parties sont habituellement abreuvées par des flueurs blanches, ou qui ont un relâchement de matrice. Les articulations du bassin sont douloureuses, et le sommet du coccyx refoulé en arrière; aussi la femme éprouve-t-elle beaucoup de difficulté à s'asseoir. Huit ou dix jours après l'accouchement, les organes dont nous parlons ne sont plus douloureux, à moins que la lésion n'ait été grave; alors ils sont pâles et blafards; les rides du vagin ont reparu. S'il est vrai que l'expulsion d'un débris du

germe, d'un polype, d'une concrétion sanguine, d'un amas d'hydatides, puisse occasionner un délabrement analogue des parties génitales externes, il est également certain que, dans la plupart des cas, ces substances ne font qu'effleurer les organes de la génération sans en changer la forme ni le volume.

État de l'utérus, des viscères abdominaux, de la peau et des muscles de l'abdomen. On peut, à l'aide d'une main placée sur l'hypogastre, tandis qu'avec le doigt indicateur de l'autre on repousse en haut le col de la matrice, sentir, pendant quelques jours après l'accouchement, le corps de l'utérus au-dessus du pubis : ce signe est plus facile à apprécier chez les personnes maigres et chez celles dont la grossesse était plus avancée. Au bout de quelques jours les parois de l'utérus offrent plus d'un pouce d'épaisseur; il pèse alors ordinairement d'une livre et demie à deux livres (*voyez* p. 174), et reprend sa place dans la cavité pelvienne; ses vaisseaux redeviennent tortueux.

Ce n'est guère qu'au bout de deux mois qu'il a perdu l'excès de son volume, de sa pesanteur et de sa mollesse; il reste même plus gros, plus pesant et plus mou après plusieurs accouchemens. L'*orifice* est fort dilaté après l'accouchement, et permet l'introduction dans la matrice d'un ou de deux doigts; ses bords minces et flasques sont pendans dans le vagin; il revient ensuite sur lui-même et reprend sa forme labiée; ses lèvres, surtout la postérieure, conservent plus de longueur et d'épaisseur qu'avant la grossesse; elles sont aussi plus écartées et présentent des inégalités ou des échancrures, si elles ont éprouvé quelque déchirure

lors du passage du fœtus. Les changemens de volume et d'épaisseur du col de l'utérus, dont il vient d'être fait mention, ne sont pas, il est vrai, tellement caractéristiques de l'accouchement, que l'on puisse d'après eux conclure qu'il a eu lieu; en effet le squirrhe les corps fibreux, etc., peuvent augmenter les dimensions de la matrice; l'expulsion des débris de l'embryon, de concrétions sanguines, etc., peut occasioner des changemens dans la forme et dans la structure du col; mais en général l'altération de cette partie n'est jamais aussi marquée qu'après l'accouchement.

L'épiploon et les *intestins* redescendent occuper leur place naturelle. Les deux feuillets du péritoine qui forment les ligamens larges et qui avaient été entraînés avec le fond de l'utérus, se rapprochent; les ligamens ronds se raccourcissent. La *peau de l'abdomen*, qui avait été singulièrement distendue, revient sur elle-même et se ride; on voit surtout dans l'espace compris entre les aînes et l'ombilic, des petites éraillures ou des stries luisantes, d'abord livides, qui ensuite deviennent blanchâtres et qui ressemblent à des cicatrices; elles sont entrecroisées en différens sens et ne s'effacent jamais complétement. On remarque aussi une ligne brunâtre qui du pubis se dirige vers l'ombilic. Les *muscles droits de l'abdomen* et la *ligne médiane* présentent un écartement marqué : observons toutefois que la flaccidité et les plis du bas-ventre peuvent être la suite de l'amaigrissement ou de la déplétion de l'abdomen après une hydropisie, qu'ils seront peu marqués chez des femmes jeunes et robustes, surtout lorsque le fœtus était peu volumineux ou qu'il

n'était pas à terme, enfin qu'ils peuvent dépendre d'un accouchement ancien.

La fièvre de lait paraît ordinairement quarante-huit heures après l'accouchement; elle est caractérisée par des élancemens dans les seins qui ne tardent pas à se tuméfier et à durcir; ce gonflement qui n'est jamais plus considérable que vers le déclin de la fièvre, peut-être assez marqué pour faire craindre que la peau ne se crevasse, et pour gêner la respiration. La femme éprouve une lassitude universelle, des pesanteurs et des douleurs de tête, et des picotemens sur toutes les parties du corps; le pouls est fréquent et fort. La sécrétion du lait s'établit; un fluide séreux s'écoule par le mamelon, et inonde la chemise ou la garniture du sein; la maladie se termine par une sueur d'une odeur aigre. La durée de cette fièvre n'est le plus souvent que de vingt-quatre ou de trente-six heures; elle se prolonge quelquefois pendant plusieurs jours; en général, comme nous l'avons déjà dit, les lochies sont supprimées ou considérablement diminuées, tant qu'elle existe; enfin il importe de savoir que loin d'être un phénomène constant de l'accouchement, la fièvre de lait peut ne pas s'observer chez certaines femmes récemment accouchées.

La présence du lait aux mamelles, considérée isolément, ne peut être regardée comme preuve d'un accouchement récent, car on a vu des filles et des femmes qui n'étaient pas récemment accouchées allaiter des enfans; on sait même que des individus du sexe mâle ont présenté quelquefois ce phénomène. Cependant comme les exemples de ce genre sont fort rares,

et que d'ailleurs il n'est pas commun de voir les seins gonflés et fournissant une humeur laiteuse, à la suite d'une hémorragie et d'une hydropisie utérine, de l'expulsion des débris d'un embryon, etc., on ne doit pas regarder le caractère dont il s'agit comme indifférent.

Les tranchées utérines reconnaissent pour cause des caillots de sang placés sur l'orifice des gros vaisseaux, ou la dilatation de l'orifice interne de l'utérus, au moment où ces caillots se présentent pour franchir cet orifice. On les distingue des autres douleurs parce qu'elles reviennent à des intervalles assez grands et réguliers, à la dureté qu'acquiert le globe utérin chaque fois qu'elles se manifestent, et à ce qu'elles sont suivies de l'expulsion de quelques caillots ou d'un liquide. Les femmes qui accouchent pour la première fois en ont rarement, parce que chez elles les contractions de la matrice ayant été plus fortes, cet organe se trouve dégorgé lorsque l'accouchement a eu lieu. Chez les autres femmes elles commencent peu d'instans après la délivrance et continuent pendant deux ou trois jours.

On observe quelquefois à la suite de l'accouchement l'hémorragie utérine, la syncope, les convulsions, l'introversion de l'utérus, la suppression et l'incontinence d'urine, la chute du fondement, etc.; mais ces maladies ne doivent pas nous occuper ici, parce qu'elles ne se manifestent pas habituellement.

Après avoir examiné les principaux phénomènes qui suivent l'accouchement, nous pouvons établir, 1° qu'aucun des signes mentionnés, pris isolément, ne suffit pour affirmer qu'il y a eu ou non accouchement

récent; 2° que leur ensemble permet d'établir une conclusion parfaitement fondée; 3° qu'il est beaucoup plus facile de constater l'accouchement lorsque la femme est primipare et que le fœtus est presque à terme, ou à terme; 4° que le diagnostic sera d'autant plus facile, que l'exploration de la femme aura lieu peu de temps après l'accouchement, parce que plusieurs des caractères indiqués s'affaiblissent et finissent par disparaître au bout de quelques jours; 5° que l'homme de l'art chargé de donner son avis sur une question de ce genre, doit s'enquérir de tout ce qui a précédé : il cherchera, par exemple, à connaître si la femme n'était point réglée depuis long-temps, si le ventre ne s'est pas affaissé tout à coup, etc.

Quelle est l'époque où il n'est plus permis de trouver des traces d'un accouchement récent.

Il est impossible de préciser cette époque, parce que le délabrement des organes génitaux peut avoir été plus ou moins considérable, et que la constitution de la femme influe singulièrement sur le moment où les traces de ce délabrement disparaîtront. *Zacchias*, *Albert*, *Bohn* et la plupart des médecins français admettent que ce terme s'étend jusqu'au dixième jour; ils prescrivent de faire la visite au plus tard une semaine après l'accouchement, parce qu'elle deviendrait inutile s'il s'était déjà écoulé plusieurs semaines. Il est vrai que dans la plupart des cas où l'homme de l'art examine la femme après le dixième jour de l'accouchement, il obtient peu de lumières; mais, comme il n'est pas démontré qu'il ne puisse pas en être autrement, nous

nous garderons bien de proclamer que la visite faite après le dixième jour n'est d'aucune valeur; il peut se présenter telle circonstance où les traces de l'accouchement soient plus sensibles au quinzième jour qu'elles ne l'étaient chez une autre femme au huitième.

Peut-on établir qu'une femme est accouchée, lorsqu'il n'existe plus de traces d'un accouchement récent?

Le fait suivant prouve que la question qui nous occupe n'est point oiseuse. Une jeune personne simule la grossesse et se dit enceinte dans l'espoir d'épouser son amant; vers le neuvième mois, elle tache son lit et le linge qu'elle avait sur le corps avec du sang de bœuf, et reste couchée pendant plusieurs jours pour faire croire qu'elle est accouchée. Une dispute s'élève entre elle et son amant, et au bout de deux ans celui-ci réclame l'enfant dont il croit être le père; la jeune personne refuse de le produire, et est aussitôt accusée de suppression de part. Appelée devant le juge d'instruction du département de la Seine, elle base sa défense sur ce qu'elle n'est jamais accouchée, ce qui fut constaté par MM. Capuron, Maygrier et Louyer-Villermay, qui furent chargés de la visiter. (*Capuron*, Médecine légale, relative à l'art des accouchemens).

S'il est très-difficile dans certains cas de reconnaître un accouchement récent, combien la difficulté ne sera-t-elle pas grande lorsqu'il se sera déjà écoulé beaucoup de temps. Les caractères qui pourront servir à résoudre cette question sont, 1° les rides du ventre qui sont ineffaçables; 2° quelquefois l'écartement des muscles droits de l'abdomen vers la région ombili-

cale, ce qui donne une plus grande largeur à cette portion de la ligne médiane; 3° dans certains cas une cicatrice qui atteste la déchirure du périnée, et une ou plusieurs échancrures au col de l'utérus. Mais ces caractères ne permettent point d'affirmer que l'accouchement a eu lieu; ils peuvent le faire présumer: leur absence au contraire sert à établir que la femme n'est jamais accouchée.

QUATORZIÈME LEÇON.

Est-il possible qu'une femme accouche sans le savoir?

Les douleurs produites par les contractions de la matrice, surtout au moment où la tête de l'enfant franchit l'orifice de l'utérus, sont tellement vives, que l'on a de la peine à concevoir que dans aucun cas l'accouchement puisse avoir lieu à l'insu de la femme; il en est pourtant ainsi, et des faits assez nombreux que nous rapporterons plus bas, nous forcent à admettre qu'une femme peut accoucher sans le savoir si elle est idiote, ou si elle est complétement ivre, ou sous l'influence des poisons stupéfians énergiques; l'apoplexie, le délire, la syncope sont encore des états qui peuvent empêcher la mère de conserver le souvenir de l'accouchement: toutefois comme les femmes ne manqueront pas dans plusieurs circonstances de baser leur défense sur le fait dont nous parlons, il importe que l'homme de l'art n'en établisse la possibilité qu'autant qu'il sera convaincu que la situation de l'accusée était telle qu'il n'y avait plus chez elle de sensibilité de perception.

Voici des observations à l'appui de ce que nous venons d'avancer :

1° Hippocrate rapporte que la femme d'*Olympias* parvenue au huitième mois de sa grossesse fut atteinte d'une fièvre aiguë ; au cinquième jour elle était dans un état de mort apparente, et accoucha sans donner la moindre preuve de sentiment.

2° La comtesse de Saint-Géran fut empoisonnée par un breuvage stupéfiant qui détermina un assoupissement profond, pendant lequel elle accoucha d'un garçon ; étonnée à son réveil de se voir baignée dans son sang, de la diminution de volume du ventre, et de l'épuisement dans lequel elle était, elle demanda l'enfant qu'on lui avait soustrait. (Recueil de causes célèbres, tome XXVI.)

3° Une femme enceinte est regardée comme morte depuis deux heures. Rigaudeaux l'examine et ne peut parvenir à sentir les pulsations du cœur ni des artères ; la bouche est écumeuse, le ventre très-enflé, l'orifice de l'utérus fort dilaté, la poche des eaux formée ; il se décide à retourner l'enfant et l'amène par les pieds ; on le croit mort ; mais des soins attentifs prodigués pendant trois heures et demie environ le raniment ; cependant la mère, examinée une seconde fois par Rigaudeaux, ne donne aucun signe de vie ; mais, comme les membres ne présentent aucune raideur, quoique sept heures se soient écoulées depuis le moment où l'on croit la femme morte, il défend de l'ensevelir, et prescrit plusieurs moyens. Deux heures et demie après, on vient lui annoncer que la femme est ressuscitée. (Journal des savans, janvier 1749.)

L'accouchement se fait-il toujours à la même époque de la grossesse, ou bien y a-t-il des naissances tardives et précoces ?

Cette question a été la source de débats célèbres ; les opinions des médecins les plus illustres ont été divisées, et l'on a vu chacun apporter en faveur du parti qu'il soutenait, des faits et des raisonnemens plus ou moins spécieux : aussi, jusqu'à l'époque où la législation nouvelle a adopté la disposition du droit romain et celle des douze tables, les jurisconsultes ont-ils marché d'un pas incertain, et basé leurs jugemens sur des considérations sociales, étrangères à la médecine. Ici un enfant est déclaré légitime quoique né douze mois trois jours après la mort du mari, parce que la conduite de la mère est irréprochable; là, au contraire, un autre enfant né dix mois quatre jours après la mort du mari est jugé bâtard à cause de la mauvaise réputation de la femme; plus loin, on regarde un enfant comme légitime, quoiqu'il soit né onze mois après l'absence du mari, parce que celui-ci n'était pas dans l'impossibilité de communiquer avec la mère, etc.

Quel avantage retirerions-nous de l'exposition détaillée des argumens et des faits nombreux consignés dans les auteurs, soit en faveur soit contre les naissances prématurées et tardives ? Qu'il nous suffise d'établir, 1° que des enfans peuvent naître *naturellement* et sans *accident*, avant le neuvième mois de la grossesse ; 2° que la possibilité des naissances, passé le neuvième mois ne peut plus être contestée, et qu'il est même difficile de ne pas admettre qu'elles aient lieu.

dans certains cas plusieurs jours après le trois-centième jour révolu ; 3° qu'il en est de même pour une foule de femelles d'animaux que M. Tessier, membre de l'Académie des sciences, a soumises pendant plusieurs années à un examen attentif. D'ailleurs la législation actuelle a tranché toutes les difficultés, comme on peut le voir par les articles suivans:

« Le mari pourra désavouer l'enfant, s'il prouve que pendant le temps qui a couru depuis le trois-centième jusqu'au cent quatre-vingtième jour avant la naissance de cet enfant, il était, soit par cause d'éloignement, soit par l'effet de quelque accident, dans l'impossibilité physique de cohabiter avec sa femme. » (Code civil, art. 312.) « L'enfant né avant le cent quatre-vingtième jour du mariage ne pourra être désavoué par le mari dans les cas suivans : 1° s'il a eu connaissance de la grossesse avant le mariage ; 2° s'il a assisté à l'acte de naissance, et si cet acte est signé de lui, ou contient sa déclaration qu'il ne sait signer ; 3° si l'enfant n'est pas déclaré viable. » (Code civil, art. 314.) « La légitimité de l'enfant né trois cents jours après la dissolution du mariage, pourra être contestée. » (Code civil, art. 315.)

Il est évident d'après les art. 312 et 314, que les naissances prématurées qui arrivent au moins cent quatre-vingts jours après le mariage, (six mois environ) sont regardées comme légitimes ; il résulte aussi de l'art. 315, que la naissance sera illégitime s'il est prouvé qu'elle a eu lieu trois cents jours révolus après la dissolution du mariage (dix mois environ). Cette dernière conséquence ne paraîtra pas d'abord aussi rigoureuse, parce que l'art. 315, n'est pas aussi précis qu'il aurait pu être ; en effet, il est dit : que la légiti-

mité *pourra* être contestée; mais il est évident que le législateur a entendu que l'enfant né trois cents jours révolus après la dissolution du mariage, pourrait être considéré comme légitime si personne ne réclamait contre son état, mais qu'on devrait le déclarer illégitime dès qu'il y aurait une réclamation fondée sur des preuves non équivoques : telle est du moins la manière dont cet article a été presque toujours interprété par les tribunaux.

Admettons cependant que dans certains cas particuliers, les magistrats, s'appuyant de ce que l'art. 315 n'est pas assez clair, soient portés à reconnaître l'enfant né trois cents jours révolus après la dissolution du mariage, l'homme de l'art pourra être consulté pour apprécier la valeur des motifs allégués par la femme. Cette supposition n'a rien de choquant, puisqu'en 1808, dans l'affaire de *Catherine Bérard*, veuve de *François Chapelet*, un tribunal avait reconnu la légitimité d'un enfant né trois cent dix-huit jours après la mort du père, et que la Cour d'appel de Grenoble ne le déclara illégitime qu'à la *majorité d'une voix*.

Quelle sera la conduite du médecin dans cette circonstance? Adoptera-t-il que les naissances tardives les mieux constatées ont si rarement outrepassé un an, que ce terme soit le plus long qui puisse se présenter, ou bien que les femmes d'un tempérament lymphatique, habituellement faibles et par conséquent plus disposées à éprouver des secousses physiques et morales, pourront accoucher plus tard que les autres? Tiendra-t-il compte de l'influence que les passions ont pu exercer sur la mère, et attribuera-t-il le retard dans

l'accouchement aux chagrins qu'elle a essuyés, ou bien s'appuiera-t-il de l'existence d'une maladie qui en dérangeant les fonctions de l'utérus, recule indéfiniment l'époque de l'accouchement? On sent facilement le vague et l'incertitude de pareilles considérations. Le fait suivant est le seul sur lequel il puisse être permis d'établir *quelques conjectures*. Il est rare que les femmes qui sont accouchées plus ou moins long-temps après le terme ordinaire de la naissance, n'aient pas éprouvé au neuvième mois des douleurs semblables à celles de l'enfantement.

La force et la grosseur du fœtus peuvent venir à l'appui des naissances tardives sans pourtant les mettre hors de doute; mais on aurait tort de regarder la faiblesse de l'enfant comme une preuve du contraire, puisque son développement peut avoir été contrarié par une foule de causes qu'il n'est pas toujours facile d'apprécier.

La superfétation est-elle possible, c'est-à-dire doit-on admettre qu'une femme qui a conçu puisse être fécondée de nouveau, avant d'avoir expulsé le fruit de la première conception?

Ici, comme pour les naissances tardives, les opinions des hommes les plus recommandables sont loin d'être d'accord. Les partisans de la superfétation citent des faits nombreux parmi lesquels nous choisirons les deux suivans: 1° On lit dans Buffon qu'une femme de Charles-Town, dans la Caroline méridionale, accoucha de deux jumeaux, l'un nègre et l'autre blanc; interpellée sur la cause de cette bizarrerie, elle avoua

avoir accordé ses faveurs à un nègre, un jour que son mari venait de la quitter et de la laisser dans son lit. 2° M. Desgranges, de Lyon, a bien voulu nous transmettre les détails suivans, que plusieurs auteurs ont déjà publiés : Benoîte Franquet, femme mariée, accouche précipitamment d'un enfant de sept mois ; il ne se fait aucun écoulement par le vagin ; on n'observe ni fièvre, ni sécrétion de lait, ni diminution sensible du volume du ventre. Au bout de trois semaines, la femme éprouve des mouvemens sensibles qui paraissent indiquer qu'il existe un autre enfant ; en effet, elle accouche d'un second enfant *bien portant*, cinq mois seize jours après le premier accouchement. Or, ce dernier enfant n'a pu être conçu après l'accouchement du premier, puisque le mari n'a habité avec sa femme que vingt jours après l'expulsion du premier enfant, ce qui ne donnerait au dernier, que quatre mois vingt-sept jours. Ce fait a été constaté par un acte passé le 19 janvier 1782, par-devant MM. Caillat et Dusurgey, notaires à Lyon.

Parmi les objections présentées par les adversaires de la superfétation, objections plus ou moins spécieuses, mais qui ne reposent sur aucun fait incontestable, nous remarquerons les suivantes : 1° On a admis la superfétation quand il n'y avait que grossesse double, c'est-à-dire lorsque deux fœtus, conçus en même temps, s'étaient bien développés, mais que l'un d'eux était sorti de la matrice avant l'autre. 2° Il en a été de même dans le cas où de deux fœtus conçus en même-temps, l'un s'était développé jusqu'à terme, tandis que l'autre avait cessé de s'accroître au bout d'un mois ou deux :

l'expulsion de ces fœtus ayant eu lieu dans des temps différens, on a pu croire, avec une apparence de raison que le dernier sorti n'avait été conçu qu'après l'autre.

Les auteurs qui ont rejeté la possibilité de la superfétation ont pourtant admis qu'elle pouvait avoir lieu chez les femmes qui ont deux matrices et chez celles dont l'utérus est partagé en deux cavités par une cloison; mais il n'a pas encore été constaté qu'une pareille disposition existât chez les personnes qui ont offert des exemples de superfétation, quoiqu'on ait fait un examen approfondi des cadavres de plusieurs d'entre elles.

Il n'est guère permis dans l'état actuel de la science, de ne pas admettre *la possibilité de la superfétation;* mais nous croyons *qu'il est extrêmement difficile d'établir qu'elle a eu lieu dans beaucoup de cas*, *les enfans sur-conçus pouvant être facilement confondus avec les avortons ou avec les jumeaux*. Nous savons bien que plusieurs auteurs, et notamment M. Fodéré, ont cherché à éclaircir la question; mais les bases sur lesquelles ils ont fait reposer la solution de ce problème sont souvent inexactes et presque toujours insuffisantes. Voici comment s'exprime le professeur de Strasbourg : « La superfétation est sujette à des règles qui en paraissent inséparables, et qu'il pourra être nécessaire d'avoir rencontrées dans des circonstances analogues pour ne pas être dupe de quelque stratagème : 1° chez les deux femmes qui font le sujet des deux observations précédentes de superfétation, les lochies s'arrêtèrent bientôt après la venue du premier enfant, quoiqu'elles eussent coulé à l'ordinaire dans les couches précé-

dentes; 2° point de lait aux seins, point de fièvre de lait, quoique les mamelles fussent développées; 3° elles ont senti remuer et les mêmes mouvemens que durant la grossesse, peu de temps après leur délivrance; 4° la grosseur du ventre et tous les symptômes de la grossesse continuèrent; 5° des gens de l'art expérimentés se sont assurés par le toucher de la présence d'un second enfant; 6° à cette seconde délivrance, les lochies ont coulé abondamment, les femmes ont pu nourrir, et elles ont éprouvé d'ailleurs toutes les suites ordinaires de l'enfantement, et pour ainsi dire le complément des fonctions de la maternité; 7° en réfléchissant sur l'époque à laquelle sont venus au monde ces seconds enfans doués de viabilité, ainsi que leurs aînés, on voit que leur origine correspond vers la moitié de la gestation de ces derniers; *qu'ainsi ce n'est guère que du quatrième au sixième mois qu'une sur-conception peut avoir lieu sans nuire à l'existence ni de l'un ni de l'autre fœtus.* A part quelques exceptions, il est assez ordinaire que les jumeaux soient de la même grandeur et de la même grosseur; au contraire dans la superfétation, le dernier conçu est *plus fort* et *plus vigoureux*, parce qu'il a été plus à l'aise, et mieux nourri dans la seconde moitié de la gestation. S'il est vrai que les jumeaux *peuvent* avoir des enveloppes différentes et des placentas entièrement séparés l'un de l'autre, cela pourtant n'est pas *commun*, et il est plus *ordinaire* qu'enveloppés chacun de leurs membranes, ou bien renfermés dans un amnios commun, ils n'aient pour tous qu'un seul et même placenta; tandis que dans la superfétation, chaque enfant est néces-

sairement séparé et greffé à un placenta particulier. Enfin le *grand intervalle* observé entre les deux actes de ces enfantemens, *prouve à lui seul* que les deux fœtus étaient d'âge différent et n'avaient pas le même degré de maturité. Sans doute il peut arriver, par la faute de l'accoucheur, que le second enfant jumeau ne vienne au monde que le lendemain ou le sur-lendemain du premier, etc. » (Dictionnaire des sciences médicales, art. *Superfétation.*)

Remarquons d'abord que M. Fodéré fixe l'époque où la sur-conception peut avoir lieu sans nuire à l'existence des fœtus, entre le quatrième et le sixième mois. La Glosse, au contraire, indique le terme de quarante jours depuis la première conception. Zacchias prolonge ce terme jusqu'au soixantième jour. Hippocrate et Mauriceau estiment que le second enfant ne peut être conçu que six ou sept jours après la première conception. Toutes ces observations sont vagues et démenties par l'exemple cité de la femme de Charles-Town. (*V.* page 234.) L'opinion de M. Fodéré s'accorde encore moins avec celle de plusieurs auteurs, lorsqu'il dit que l'enfant sur-conçu est plus fort et plus vigoureux que l'autre. D'ailleurs, en supposant qu'il en fût ainsi, ce caractère ne serait applicable qu'aux cas où la sur-conception aurait eu lieu à une époque très-éloignée du commencement de la grossesse. Comment admettre, avec M. Fodéré, que le grand intervalle qui sépare les deux naissances suffit pour prouver la superfétation, lorsqu'on sait que des jumeaux peuvent naître à un ou deux jours d'intervalle, soit par la faute de l'accoucheur, soit par toute autre cause, tandis que

chez la femme de Charles-Town, la naissance de l'enfant sur-conçu a eu lieu en même-temps que celle du premier enfant? Nous adopterons avec le professeur de Strasbourg que le fœtus sur-conçu a un placenta particulier et des membranes différentes, et que pareille chose ne s'observe pas *communément* chez les jumeaux; mais quelle peut-être la valeur de ce caractère, dès que l'on est obligé d'admettre que chaque jumeau *peut* avoir son placenta et ses membranes? Comment le médecin appelé pour juger un cas de ce genre, pourra-t-il *présumer* dans un accouchement double, où chacun des enfans a son placenta, qu'il y a eu sur-conception plutôt que grossesse double?

Voyons maintenant quels sont les cas où la question de superfétation pourra être agitée. Ici c'est un mari qui élève des doutes sur la vertu de sa femme, parce que, peu de temps après un premier accouchement, elle met au monde un second enfant dont il ne croit pas être le père. Plus loin c'est une veuve qui vient d'accoucher, et qui peu de temps après accouche d'un second enfant à terme et viable, que l'on veut faire passer pour illégitime : cette question rentre dans celle des naissances tardives (*Voy.* page 231); c'est-à-dire que l'enfant sera légitime d'après la loi s'il est né dans les trois cents jours qui suivent la mort du mari, et qu'il pourra être déclaré illégitime dans le cas contraire. Enfin il n'est pas impossible qu'une veuve qui vient d'accoucher, se marie bientôt après ses relevailles, malgré l'article 228 du code civil (1), et qu'elle

(1) « La femme ne peut contracter un nouveau mariage

accouche quelque temps après ce second mariage, d'un enfant à terme et bien portant; auquel des deux maris appartient celui-ci? Établissons un exemple pour mieux faire comprendre la question. Une femme enceinte perd son mari dans le courant du neuvième mois de la grossesse; elle accouche au bout de quelques jours et se remarie vingt jours après l'accouchement : huit mois après ce second mariage, elle met au monde un enfant bien portant; on demande si cet enfant n'appartient pas au premier mari (dans lequel cas il y aurait eu superfétation), ou bien s'il est fils du dernier époux. Cette question sera examinée à l'article de la paternité et de la maternité.

Nous pourrions encore rattacher à l'histoire de l'accouchement les problèmes suivans : 1° Une femme qui accouche ou qui vient d'accoucher est-elle en état de prévoir et de donner à son enfant tous les soins nécessaires? 2° Quelles sont les causes innocentes qui peuvent faire périr l'enfant pendant l'accouchement; 3° lorsque la mère et l'enfant meurent pendant l'accouchement, lequel des deux a succombé le premier? Nous préférons cependant ne traiter cette dernière question qu'à l'article *Survie*, et renvoyer les autres à l'article *Infanticide*.

RAPPORTS SUR L'ACCOUCHEMENT.

Premier rapport. Nous soussigné, etc. (*V.* page 212 pour le *préambule.*) Arrivé dans la chambre, nous

---

qu'après dix mois révolus depuis la dissolution du mariage précédent. »

avons trouvé la demoiselle R. âgée de vingt ans, que l'on présumait être accouchée depuis trois ou quatre jours.

Nous avons procédé à la visite, et nous avons reconnu que la face était pâle, l'œil vif et nullement cerné, la peau légèrement chaude, souple et moite; la moiteur offrait une odeur aigrelette assez marquée; le pouls paraissait un peu plus fréquent que dans l'état naturel; il était ample et onduleux. Les seins étaient douloureux, durs et excessivement tuméfiés; le gonflement s'étendait jusqu'aux aisselles; il s'écoulait, par le mamelon, un fluide laiteux qui avait déjà taché la chemise dans la portion correspondante aux mamelons, et que l'on pouvait faire sortir en plus grande abondance, en pressant légèrement les mamelles. La peau de l'abdomen était souple et ridée; on voyait surtout dans l'espace compris entre les aines et l'ombilic, des petites éraillures, ou stries luisantes, livides, semblables à des cicatrices s'entre-croisant en différens sens. La ligne qui, du milieu des pubis, se porte à l'ombilic, était brunâtre. Les muscles droits de l'abdomen et la ligne blanche présentaient un écartement remarquable, surtout dans la région de l'ombilic, ce qu'il était facile de juger, en parcourant cette portion de l'abdomen avec les doigts. La main gauche étant placée sur l'hypogastre, tandis que le doigt indicateur de l'autre main, était introduit dans le vagin, on sentait en repoussant en haut le col de la matrice, que le corps de cet organe était assez volumineux, et placé au-dessus des pubis; qu'il était solide, arrondi, et qu'il se contractait lorsqu'on pressait avec la main; l'orifice

était assez dilaté pour permettre l'introduction dans la matrice de deux doigts : les bords de cet orifice étaient minces et flasques ; il n'y avait aucune trace d'écoulement par les parties génitales ; mais nous avons pu nous assurer par ce qui nous a été rapporté et par l'inspection des linges avec lesquels la femme avait été garnie les deux jours précédens, qu'il était sorti par le vagin une quantité considérable de sang et d'un liquide sanguinolent, dont l'écoulement n'était supprimé que depuis vingt-quatre heures, c'est-à-dire depuis l'invasion de la fièvre. Les parties génitales externes étaient légèrement tuméfiées, et très-dilatées, la fourchette était déchirée. Le bassin était large, bien conformé et disposé pour un accouchement nullement laborieux.

Nous pouvons conclure de ce qui précède, que tout porte à croire que la demoiselle R. est accouchée depuis deux ou trois jours, et que l'accouchement a été facile ; que cependant nous désirons avant de prononcer *affirmativement*, la visiter encore lorsque la fièvre sera tombée et que l'écoulement par la vulve aura reparu. En foi de quoi, etc.

Nous soussigné, etc. Nous étant transporté de nouveau chez la demoiselle R., deux jours après avoir fait la première visite, nous avons reconnu que le gonflement des seins était considérablement diminué, et qu'il n'y avait plus de fièvre : il s'écoulait par les parties génitales un liquide d'un blanc jaunâtre, offrant l'odeur caractéristique des lochies, comme il était aisé de s'en convaincre en examinant les linges qui étaient sous la malade.

Ce qui nous permet d'établir que la demoiselle R. est accouchée à l'époque indiquée dans le premier rapport. En foi de quoi, etc.

Deuxième rapport. Nous soussigné, etc. Arrivé dans la chambre nº 2, de la prison X, nous avons trouvé la dame V., âgée de trente ans, qui nous a paru bien portante; on croyait qu'elle était accouchée quatre mois auparavant.

Nous avons procédé à la visite, et nous avons reconnu que les parties génitales n'étaient point tuméfiées, et n'offraient aucune trace de déchirure, de cicatrice, ni d'écoulement; la forme, le volume et la situation de l'utérus nous ont paru tels qu'ils sont chez les femmes qui ne sont jamais accouchées; le col de cet organe n'était pas échancré; la peau du ventre lisse et ferme, n'était le siége d'aucune éraillure ni d'aucune ligne brunâtre. On ne remarquait point d'indice d'écartement de la ligne blanche ni des muscles droits de l'abdomen. Les mamelles, d'un volume médiocre, étaient fermes et ne fournissaient aucun liquide par la pression.

Ces faits nous permettent de conclure que rien n'annonce que la dame V. soit accouchée d'un enfant à terme (1). En foi de quoi, etc.

---

(1) Nous disons, *rien n'annonce*, ce qui est loin de signifier que la femme *n'est pas accouchée*, et nous ajoutons d'un *enfant à terme*: on conçoit en effet que cette femme pourrait être accouchée à l'époque présumée, d'un fœtus de trois à quatre mois, peu volumineux : alors les traces de son séjour dans l'utérus et de son expulsion auraient été peu sensibles, et auraient promptement disparu.

Troisième rapport. Nous soussigné, etc. Arrivé dans la chambre, nous avons trouvé la dame F., âgée de vingt-cinq ans, que l'on croyait être accouchée depuis quinze jours; elle était assise sur une chaise longue, et nous a déclaré n'avoir jamais été enceinte.

Nous avons procédé à la visite après l'avoir fait coucher, et nous avons reconnu que les parties génitales n'étaient point tuméfiées, qu'elles paraissaient dans l'état naturel, qu'il n'y avait aucune trace de cicatrice au périnée, qu'il s'écoulait par la vulve un liquide épais de couleur blanche, ayant une odeur *faible*, semblable à celle des lochies, ce que l'on a vérifié en examinant les linges dont madame F. était garnie. La peau de l'abdomen était ridée, et présentait surtout entre l'ombilic et les aines un très-grand nombre de stries luisantes, blanchâtres; les muscles droits de l'abdomen et la ligne blanche étaient sensiblement écartés dans la région ombilicale. On ne voyait aucune trace de ligne brune se rendant des pubis à l'ombilic. Les seins, d'un volume ordinaire, ne laissaient écouler aucun liquide par la pression. La main gauche étant placée sur l'hypogastre, tandis que le doigt indicateur de l'autre main était introduit dans le vagin, si on repoussait en haut le col de la matrice, il était impossible de sentir distinctement le corps de ce viscère au-dessus des pubis; son orifice, légèrement échancré à gauche, était entr'ouvert; ses bords minces et moyennement flasques, offraient la forme labiée. En faisant marcher madame F., on vit qu'elle éprouvait de légères douleurs dans les articulations du bassin.

Nous croyons pouvoir conclure de ce qui précède :

1° que, si la dame F. est accouchée à une époque quelconque, comme cela paraît *probable*, il est permis de supposer que l'accouchement a eu lieu depuis quinze ou vingt jours; 2° qu'il aurait fallu, pour pouvoir donner une réponse affirmative, visiter cette dame dix ou douze jours plus tôt. En foi de quoi, etc.

QUINZIÈME LEÇON.

De l'Infanticide.

Quoique le mot *infanticide* signifie meurtre d'un enfant (1), on l'emploie pour désigner le meurtre d'un enfant naissant ou nouveau-né, et l'on suppose presque toujours que le crime a été commis par la mère. Voici quel est l'état actuel de la législation sur ce sujet.

« Est qualifié infanticide, le meurtre d'un enfant nouveau-né. » (Code pénal, art. 300.) « Tout coupable d'assassinat, de parricide, d'infanticide et d'empoisonnement, sera puni de mort. » (Code pénal, art. 302.) « Si, par suite de l'exposition et du délaissement, prévus par les articles 349 et 350 (2), l'enfant est demeuré mutilé ou estropié, l'action sera considérée comme blessures volontaires à lui faites par la personne qui l'a exposé et délaissé; et si la mort s'en est ensuivie, l'action sera considérée comme meurtre : au premier cas, les coupables subiront la peine applicable aux blessures volontaires; et au second cas, celles du meurtre. » (Code pénal, art. 351.)

---

(1) *Infans*, enfant : *cædere*, tuer.

(2) « Ceux qui auront exposé et délaissé en un lieu solitaire un enfant au-dessous de l'âge de sept ans accomplis;

Il est à remarquer que le Code pénal n'exige point qu'il y ait *préméditation*; il suffit que le crime ait été volontaire pour entraîner la peine de mort; il n'est pas fait mention non plus du meurtre d'un enfant naissant, quoiqu'évidemment on doive encourir la même peine que lorsqu'on assassine un enfant qui vient de naître.

Les magistrats réclament si souvent les avis des médecins dans la question importante qui nous occupe, que nous croyons devoir l'examiner avec détail. Lorsqu'on est appelé à faire un rapport sur un cas de ce genre, il faut, 1° *Déterminer quel est l'âge de l'enfant dont on a trouvé le corps* : en effet, il résulte quelquefois de cet examen que l'enfant est si loin d'être à terme, qu'il ne peut avoir vécu au delà de quelques instans; tout porterait alors à écarter la présomption du crime.

2° *Examiner si l'enfant n'était pas mort avant de sortir de l'utérus* : il est évident qu'on éloignerait toute idée d'infanticide, si on prouvait que l'enfant que nous supposerons même à terme, eût péri naturellement lorsqu'il était encore contenu dans la matrice.

3° *Établir, dans le cas où un enfant serait sorti vivant*

---

ceux qui auront donné l'ordre de l'exposer ainsi, si cet ordre a été exécuté, seront, pour ce seul fait, condamnés à un emprisonnement de six mois à deux ans, et à une amende de 16 francs à 200 francs. » (Code pénal, art. 349.)

« La peine portée au précédent article sera de deux ans à cinq ans, et l'amende de 50 francs à 400 francs, contre les tuteurs ou tutrices, instituteurs ou institutrices de l'enfant exposé et délaissé par eux ou par leur ordre. » (*Ibid.*, art. 350.)

de l'utérus, s'il a vécu après l'accouchement, ou s'il est mort en naissant : on sentira l'importance de cette question, en apprenant que la mort pendant la naissance peut être l'effet d'une foule de causes innocentes que l'on apprécie en examinant la nature et la durée du travail de l'accouchement. Si l'on s'assurait que l'enfant a succombé à l'une ou à l'autre de ces causes, on devrait nécessairement écarter tout soupçon de crime.

4° *Si l'enfant a vécu après sa naissance, déterminer le temps pendant lequel il a vécu :* on imagine bien qu'il est impossible même de présumer qu'un enfant a été tué, parce qu'il a respiré et vécu pendant un certain temps, la mort pouvant être le résultat d'une infinité de causes innocentes ; il importe donc de savoir combien de temps il a vécu, pour apprécier si le moment de sa naissance correspond à celui de l'accouchement de la femme que l'on accuse. Ne serait-on pas disposé à écarter la présomption du crime, si on établissait qu'un enfant n'a vécu que quelques heures, tandis qu'il serait prouvé que l'accusée serait accouchée depuis plusieurs jours?

5° *En supposant que l'enfant ait vécu après sa naissance, chercher à reconnaître depuis quand il est mort :* on conçoit en effet que plus le moment de la mort est éloigné de celui où l'on examine le cadavre, plus l'époque de l'accouchement est reculée, et cette seule considération peut suffire pour détruire les soupçons qui planent sur une femme?

6° *Si tout porte à croire qu'un enfant a vécu après l'acccouchement ou qu'il est mort en naissant, déterminer si la mort est naturelle, ou si elle peut être attri-*

buée à quelque violence, et dans ce cas quelle en est l'espèce. Les cinq questions précédemment examinées n'ont souvent pour objet que de faire écarter l'idée du crime, à l'aide de considérations en quelque sorte négatives ; aucune d'elles ne suffit pour établir l'infanticide : il n'en est pas de même de celle-ci, que l'on doit regarder comme la véritable pierre de touche, puisqu'elle sert à établir matériellement l'assassinat.

7° *En admettant qu'un enfant dont a trouvé le corps ait été tué, est-il possible de prouver qu'il appartient à la femme que l'on a accusée, et qu'elle est l'auteur du meurtre.*

§ I[er].

Déterminer quel est l'âge de l'enfant dont on a trouvé le corps. (*Voy.* pag. 38 et suiv.)

§ II.

Examiner si l'enfant n'était pas mort avant de sortir de l'utérus.

Le fœtus peut périr dans la matrice à une époque quelconque de la grossesse ; l'expulsion du petit cadavre peut avoir lieu immédiatement après la mort, ou bien plusieurs jours et même plusieurs semaines après : or, il est aisé de prouver que les caractères qu'il présente, varient suivant l'époque de la mort et le temps qui s'est écoulé entre le moment où il a cessé de vivre et celui où il a été expulsé ; il est donc impossible de donner une description générale du cadavre d'un fœtus mort dans l'utérus. On ne saurait résoudre complétement la question qui nous occupe, sans exa-

miner 1° les signes fournis par la femme qui vient d'accoucher; 2° les variétés que peut présenter le cadavre du fœtus; 3° l'état de l'arrière-faix.

Signes fournis par la femme qui vient d'accoucher. Il est permis de soupçonner que le fœtus a pu périr dans l'utérus, lorsqu'on apprend qu'avant l'accouchement la mère a éprouvé une ou plusieurs maladies graves, comme des phlegmasies, des convulsions, des hémorragies considérables, une forte commotion à la suite d'une chute, d'un coup, etc.; ou bien qu'elle a commis des imprudences, soit en soulevant des fardeaux trop forts, ou en se livrant à un exercice immodéré et forcé, soit en abusant d'alimens excitans, de boissons spiritueuses et des plaisirs de l'amour; ou bien enfin, qu'elle a été tourmentée par des passions violentes. Toutefois, comme il est parfaitement avéré que des femmes enceintes soumises à la plupart de ces causes, sont accouchées à terme d'enfans bien portans, il faut bien se garder d'attacher à de pareilles causes plus d'importance qu'elles n'en méritent, et de conclure que la mort du fœtus est constamment le résultat de leur action. N'y aurait-il pas de l'impéritie et de l'injustice, par exemple, à déclarer dans certaines circonstances que la mort de l'individu a été occasionée par quelques coups portés à la mère?

On pourra établir des probabilités plus grandes en faveur de la mort dans l'utérus, si la femme assure qu'à une agitation extraordinaire du fœtus à succédé la cessation de tout mouvement dans la matrice, et qu'au lieu de se sentir légère comme auparavant, elle a éprouvé un poids incommode tantôt sur le rectum,

tantôt sur la vessie, tantôt sur un des côtés du ventre, suivant qu'elle était debout ou couchée. Quelques auteurs ont encore joint à ces signes la pâleur du visage, l'enfoncement des yeux, l'état plombé et livide des paupières, la mauvaise bouche, les bâillemens fréquens, les maux de tête, les tintemens d'oreilles, l'anoréxie, les nausées, les vomissemens, les syncopes, les lassitudes spontanées, l'affaissement du ventre, la rétraction du nombril, la fièvre, la fétidité de l'haleine, l'humeur sombre et mélancolique; ces caractères pris isolément n'offrent aucune valeur; réunis, ils peuvent quelquefois servir à corroborer le jugement que l'on avait porté.

Si en touchant la femme au moment du travail, on reconnaît que le fœtus n'exécute aucun mouvement, que les tégumens du crâne sont mous, sans élasticité, ridés et sur le point d'abandonner les os; que ceux-ci sont mobiles, vacillans, que le cordon ombilical est flasque et n'offre point de pulsations, et qu'il s'écoule par la vulve un liquide noirâtre, bourbeux, plus ou moins fétide, dans lequel nagent quelquefois des portions de chair putréfiées; on sera autorisé à soupçonner que le fœtus était mort avant de sortir de l'utérus. Mais il ne faudrait pas conclure qu'il est vivant, parce que les os, les tégumens du crâne et les eaux de l'amnios ne présentent aucune altération; on conçoit, en effet, qu'il doit en être ainsi lorsque la mort a lieu peu de temps avant l'accouchement, et que l'écoulement des eaux ne se fait pas attendre: on voit même assez souvent les eaux de l'amnios n'être que légèrement troubles, jaunâtres, un peu visqueuses et peu ou point fétides

dans les cas où le fœtus reste long-temps dans l'utérus après sa mort.

Observons aussi que la fétidité des matières qui s'écoulent par la vulve, et la séparation de l'épiderme de la tête peuvent se remarquer dans le cas où l'enfant est vivant; le premier de ces phénomènes tient quelquefois à une portion de sang putréfié qui est resté long-temps dans la matrice, ou à une certaine quantité de méconium expulsé par la compression de l'abdomen, ce qui arrive surtout lorsque l'enfant vient par les pieds. La séparation de l'épiderme peut dépendre de l'action prolongée de l'air atmosphérique sur la tête, long-temps retenue au passage, des doigts de l'accoucheur qui a trop souvent réitéré le toucher, etc.

Variétés que présente le cadavre du fœtus. Notre objet n'est point de détailler ici les diverses monstruosités, comme l'acéphalie, l'hydrocéphalie, etc., qui le plus souvent déterminent la mort du fœtus dans l'utérus (*voyez* Viabilité); il ne sera point fait mention non plus des cas où la mort reconnaît pour cause, suivant quelques auteurs, la trop grande longueur ou la brièveté du cordon ombilical (*voyez* page 290); nous ne nous occuperons que des fœtus bien conformés qui périssent dans la matrice. Cette question a été l'objet de recherches nombreuses, faites par M. Chaussier, que nous avons été souvent à même de vérifier.

Si un fœtus âgé au moins de cinq mois, meurt au milieu des eaux de l'amnios, et qu'il reste plusieurs jours ou plusieurs semaines dans la matrice, on observe que son corps est peu consistant, flasque, et ses membres lâches; l'épiderme est blanc, épaissi et s'enlève par le simple

contact ; la peau est d'un rouge cerise ou brunâtre, tantôt dans toute son étendue, tantôt dans quelques unes de ses parties seulement. Dans ce dernier cas, on pourrait être tenté de croire, surtout si le fœtus n'a que cinq ou six mois, qu'elle est l'effet de l'âge et non la suite de la mort ; mais il sera facile de dissiper toute espèce de doute, en se rappelant que la couleur pourpre de la peau des fœtus de cinq à six mois, ne se remarque le plus ordinairement que dans certaines parties du corps. (*Voyez* page 47.) Le tissu cellulaire sous-cutané est infiltré d'une sérosité rouge, sanguinolente ; cette infiltration est surtout remarquable sous le cuir chevelu, où l'on aperçoit assez souvent une matière semblable par sa couleur et par sa consistance à la gelée de groseille ; le péricarde et les cavités splanchniques contiennent aussi de la sérosité sanguinolente ; les artères, les veines et les diverses membranes sont également rouges ; la consistance des viscères est singulièrement diminuée, au point qu'ils peuvent être diffluens ; les os du crâne sont mobiles, vacillans, dépouillés de leur périoste ; les sutures du crâne sont très-relâchées : aussi la tête se déforme et s'aplatit-elle par son propre poids ; quelquefois le cerveau est dans un état de colliquation. On n'observe en général, au centre du vertex, ni ecchymose, ni tuméfaction œdémateuse, ce qui n'arrive pas *ordinairement* lorsque le fœtus sort vivant de l'utérus : toutefois nous avons vu, dans certaines circonstances, des fœtus morts dans la matrice plusieurs jours avant le commencement du travail, présenter une ecchymose en tout semblable à celle que l'on remarque au vertex des enfans nés vivans : cette

lésion tenait sans doute à ce que, pendant les mouvemens actifs du fœtus, la tête avait frappé sur le détroit supérieur du bassin. Le thorax est affaissé, très-resserré, aplati; il suffit d'un léger examen des organes de la respiration et de la circulation, pour être convaincu que le fœtus n'a point respiré. (*Voy* pag. 282.) Le cordon ombilical est le plus souvent gros, mou, infiltré de sucs rougeâtres ou livides, et facile à déchirer; on aperçoit quelquefois des crevasses, des gerçures autour du nombril. L'abdomen est aplati. Il n'est pas rare de voir le périoste séparé des os longs, par la sérosité rougeâtre dont nous avons parlé; souvent aussi les épiphyses de ces os sont désunies.

Les altérations que nous venons de décrire, caractérisent un mode de décomposition particulier, *différent de la putréfaction* des fœtus qui sont exposés à l'air; il suffit d'avoir été à même de les constater une ou deux fois, pour être convaincu de cette vérité, malgré l'assertion contraire de plusieurs auteurs. Toutefois, il est assez commun de voir des cadavres ainsi altérés, se pourir plus facilement que les autres lorsqu'ils sont exposés à l'air.

Si un fœtus âgé tout au plus de trois mois, meurt au milieu des eaux de l'amnios, le cadavre ne présente aucune trace d'infiltration ni de rougeur; mais il est plus ou moins ramolli.

Quelque soit l'âge d'un fœtus, s'il est expulsé peu de temps après la mort, on ne remarque aucun changement dans sa forme, sa couleur, sa consistance, son volume, etc.; mais il est aisé de s'assurer qu'il n'a point respiré. (*Voyez* pag. 282.)

Si la mort du fœtus a lieu peu de temps avant un accouchement laborieux, pendant lequel la matrice se contracte fréquemment et avec force, et que les eaux soient écoulées, il devient noirâtre et ne tarde pas à se pourir; il y a quelquefois même dégagement de gaz fétides par le vagin.

Dans des circonstances assez rares, le fœtus utérin ou extra-utérin, dont l'expulsion n'a lieu que longtemps après la mort, se dessèche, devient compacte, plus dur, et se trouve transformé en *gras*, état que nous décrirons en parlant de la putréfaction; il acquiert quelquefois une consistance pierreuse, et se conserve dans l'utérus jusqu'à la mort naturelle de la mère; enfin, on a encore observé, dans des cas de ce genre, qu'il pouvait tomber dans un état de colliquation putride.

Caractères de l'arrière-faix. Il est difficile d'admettre, avec certains auteurs, que des fœtus soient nés vivans lorsque l'arrière-faix était gangrené; au contraire l'observation démontre que la désorganisation du placenta, à la suite d'une maladie quelconque, entraîne nécessairement la mort du fœtus dans la matrice; il en est de même dans le cas de décollement du placenta avec hémorragie considérable; mais, il faut l'avouer, il est extrêmement difficile de juger, à l'aspect du placenta, s'il a été décollé avant l'expulsion du fœtus. Un ramollissement considérable de l'arrière-faix peut faire présumer que le fœtus a péri dans l'utérus.

C'est dans l'ensemble des considérations que nous venons d'émettre, que le médecin doit chercher les preuves de la mort du fœtus dans la matrice; vouloir décider la question d'après un petit nombre de carac-

tères, ce serait évidemment s'exposer à commettre des erreurs graves.

§ III.

Établir, dans le cas où un fœtus serait sorti vivant de l'utérus, s'il a vécu après l'accouchement, ou s'il est mort en naissant.

Déterminer si le fœtus a vécu après l'accouchement. Est-il nécessaire de faire sentir l'importance de ce sujet? Ne voit-on pas qu'il est impossible de soupçonner que le crime a été commis après la naissance, s'il est prouvé que l'enfant n'a point vécu? Ici, *vivre* et *respirer* sont synonymes; attachons-nous donc à établir si le fœtus a respiré.

La solution de cette question repose tout entière sur l'examen du *thorax*, des *poumons*, du *cœur*, du *canal artériel* et du *canal veineux*, du *cordon ombilical* et du *diaphragme*.

Examen du thorax. Il est impossible d'admettre que la respiration ait lieu, sans que le thorax augmente de volume; l'observation prouve encore qu'il change de forme; ainsi il était plus ou moins aplati avant la respiration, il offre un plus grand degré de voussure après. *Daniel* avait proposé de mesurer avec un cordon la circonférence du thorax, ainsi que la hauteur de la portion dorsale des vertèbres, et la distance qui les sépare du sternum; des observations faites comparativement sur des enfans qui auraient respiré, et sur d'autres qui seraient mort-nés, auraient pu, suivant cet auteur, fournir des résultats numériques propres à éclairer la question. Ce travail n'a pas été fait, et l'on

en est réduit à juger la plus ou moins grande voussure du thorax, d'après la simple inspection. Pour peu que l'on réfléchisse aux nombreuses irrégularités que présente cette partie du tronc chez plusieurs individus, et à la difficulté que l'on éprouverait à établir quelques données positives, on sera convaincu que le caractère dont nous parlons n'offre qu'une valeur secondaire, et que l'on ne doit pas regretter que le plan conçu par *Daniel* n'ait pas été exécuté.

Examen des poumons. Les poumons, pendant la respiration, augmentent de volume, changent de situation et de couleur; leur poids se trouve augmenté, parce qu'ils reçoivent une plus grande quantité de sang; leur pesanteur spécifique est moins considérable, parce qu'ils ont été dilatés par l'air. Étudions chacun de ces phénomènes.

A. *Volume et situation*. En général, avant la respiration les poumons sont flétris et n'occupent qu'un petit espace au fond du thorax. Si le fœtus a respiré pendant *plusieurs jours*, ils sont assez dilatés pour recouvrir presque la totalité du péricarde; si la respiration, quelque libre qu'on la suppose, n'a pas été de longue durée, le péricarde est loin d'être entièrement couvert: assez souvent la partie droite de ce sac membraneux est plus recouverte que la partie gauche, ce qui tient sans doute à ce que le poumon droit est plus volumineux que l'autre, et à ce que la bronche droite est moins longue, plus large et moins oblique que celle du côté opposé. Toutefois il résulte des observations faites par le docteur *Schmitt*, qu'il ne faut point regarder les résultats dont nous parlons comme constans: en effet, il a vu plusieurs fois les poumons

de fœtus mort-nés remplir toute la cavité thorachique, tandis que chez un enfant qui avait respiré pendant trente-six heures, les poumons étaient si petits, quoique remplis d'air, qu'on eut de la peine à les apercevoir. *Daniel* avait conseillé de déterminer comparativement le volume des poumons des fœtus mort-nés, et de ceux qui ont respiré, en suivant le procédé que nous allons décrire.

Après avoir séparé les poumons du cœur et lié les gros vaisseaux qui s'y rendent ou qui en partent, on les fixe à un trébuchet très-sensible, que l'on met en équilibre, puis on les plonge dans un vase gradué, assez profond et rempli d'eau : le volume de liquide déplacé sera égal à celui des poumons, en sorte que le degré d'élévation de l'eau dans le vase indiquera la différence dans les volumes. Si les poumons appartiennent à un fœtus qui a respiré, et qu'ils ne plongent pas, on les place dans un petit panier en fil d'argent dont on connaît le volume, afin de pouvoir le déduire de celui de l'eau déplacée. Ces expériences comparatives n'ont pas été faites, et il est évident, d'après les observations déjà citées de M. Schmitt, qu'elles seraient de peu d'utilité.

B. *La couleur des poumons* est en général brune ou violette chez les fœtus mort-nés, et *rosée* chez ceux qui ont respiré; mais on observe quelquefois l'inverse; les enfans qui, après avoir vécu un ou plusieurs jours, périssent suffoqués, offrent des poumons d'un rouge brun, tandis que d'autres, surtout s'ils ne sont pas à terme, présentent des poumons tirant plus ou moins sur le rose, quoiqu'ils soient évidemment mort-nés ;

tel poumon, dont la couleur était brune avant l'ouverture du thorax, change de nuance aussitôt après le contact de l'air, en sorte qu'il est difficile d'avoir une idée exacte de sa couleur. Nous pourrions encore ajouter d'autres faits qui nous permettraient d'établir que le caractère dont il s'agit offre peu de valeur quand il est considéré isolément; mais que, réuni à d'autres, il peut être utile.

C. *Pesanteur absolue des poumons*. Le poids des poumons est plus grand après la respiration qu'avant, parce qu'ils contiennent une plus grande quantité de sang: en effet, avant la respiration, le sang renfermé dans le ventricule droit du cœur arrive presque en totalité dans l'aorte au moyen de l'artère pulmonaire et du canal artériel; celui que l'oreillette droite reçoit de la veine-cave inférieure, passe dans l'oreillette gauche au moyen du trou interoriculaire (de Botal) et de là dans le ventricule gauche et dans l'artère aorte sans parcourir les poumons; ces organes ne sont donc traversés que par une petite quantité de ce liquide vivifiant. Quand la respiration s'établit, au contraire, et que les communications par le canal artériel et le trou interoriculaire sont interceptées, le sang contenu dans l'oreillette et le ventricule droits ne peut parvenir à l'aorte qu'après avoir traversé les *poumons*, comme le savent tous ceux qui possèdent les premières notions de physiologie. Cela posé, rien ne devrait sembler plus facile que de déterminer si un fœtus a respiré ou non, puisqu'il suffit de connaître le poids des poumons d'un fœtus avant et après la respiration; mais il n'en est pas ainsi : ce poids, loin d'être constant, offre des variétés infinies, ce qui

rend le problème beaucoup plus compliqué qu'on ne l'aurait cru d'abord. Voici les moyens qui ont été proposés pour le résoudre.

Ploucquet voulait qu'on pesât le corps entier du fœtus, et qu'après avoir fait l'ouverture du cadavre, on prît exactement le poids des poumons séparés de leurs annexes, puisque, suivant lui, le corps entier pesant 70, les poumons pèsent 1, si le fœtus n'a point respiré, et 2 si la respiration a eu lieu. Les expériences qui avaient conduit Ploucquet à admettre ces résultats n'étaient pas assez nombreuses pour qu'on dût en adopter les résultats sans les répéter : en effet, il ne les avait tentées que sur deux fœtus mort-nés, et sur un autre qui n'était pas à terme, mais qui avait respiré. MM. Schmitt et Chaussier, l'un à Vienne et l'autre à Paris, pénétrés de l'importance de ce sujet, ont enrichi la science de plusieurs centaines d'observations analogues, qui prouvent non-seulement que les rapports de pesanteur entre les poumons et le corps auquel ils appartiennent sont inconstans, comme Jœger l'avait déjà vu, mais encore *que le rapport de* 1 *à* 70 *et même au-dessus peut se rencontrer chez des fœtus qui ont respiré, comme celui de* 2 *à* 70 *s'observe chez d'autres qui n'ont pas respiré.* Les tableaux suivans, extraits du Dictionnaire des sciences médicales (art. Docimasie), mettront cette vérité hors de doute.

Expériences sur des fœtus qui avaient respiré.

M. SCHMITT.			M. CHAUSSIER.		
POIDS du corps.	POIDS des poumons.	RAPPORT du poids des poumons avec celui du corps.	POIDS du corps.	POIDS des poumons.	RAPPORT du poids des poumons avec celui du corps.
gramm.	gramm.		gramm.	gramm.	
1012	35	1 sur 29	1025	38	1 sur 28
1065	31	34	1040	32	34
1091	66	16	1100	25	44
1099	35	31	1168	17	43
1222	31	39	1224	46	26
1257	18	70	1250	41	31
1466	28	52	1469	25	59
1518	31	48	1520	39	39
1863	43	43	1850	43	43
1968	22	88	1958	31	63
2002	54	37	2000	72	28
2160	57	38	2150	60	36
2369	46	51	2360	38	62
2404	36	66	2400	74	32
2491	70	35	2490	97	26
2758	87	31	2750	93	28
2893	49	59	2900	54	54
2998	70	42	3000	113	27
3207	61	52	3250	65	50
3294	80	41	3300	75	44
3731	75	49	3650	105	35
4150	105	39	4040	42	96

Rapport moyen : $42 \frac{528}{1130}$.

Rapport moyen : $39 \frac{119}{1225}$.

Expériences sur des fœtus qui n'avaient pas respiré.

M. SCHMITT.			M. CHAUSSIER.		
POIDS du corps.	POIDS des poumons.	RAPPORT du poids des poumons avec celui du corps.	POIDS du corps.	POIDS des poumons.	RAPPORT du poids des poumons avec celui du corps.
gramm.	gramm.		gramm.	gramm.	
659	18	1 sur 36	650	6	1 sur 108
873	22	39	900	19	48
1065	70	16	1051	21	50
1361	36	37	1400	60	23
1572	39	40	1591	38	42
1577	33	47	1625	66	25
1915	41	44	1900	52	37
2090	35	59	2080	48	43
2177	32	67	2200	37	69
2221	28	79	2250	87	26
2352	54	43	2350	44	54
2589	74	34	2570	30	86
2648	43	61	2650	47	56
2758	35	79	2750	74	37
2980	44	67	2950	48	62
3102	70	44	3100	57	55
3312	61	54	3324	41	81
3451	49	70	3350	54	62
3502	61	54	3600	50	72
3660	57	64	3672	41	90
4150	50	83	4161	83	50
4185	83	50	4300	106	41

Rapport moyen : $52 \frac{879}{1035}$.

Rapport moyen : $49 \frac{9}{1109}$.

On voit toutefois par l'inspection de ces tableaux, que si dans aucun cas les rapports ne sont tels qu'ils ont été indiqués par *Ploucquet*, du moins est-il vrai que presque jamais le poids du corps d'un fœtus qui a respiré n'est soixante-dix fois aussi considérable que celui des poumons, et que, dans le cas de non-respiration, le poids du cadavre entier est presque toujours plus de trente-cinq fois plus grand que celui des poumons ; d'où il est permis de tirer cette conséquence, que si les rapports énoncés par *Ploucquet* ne sont point exacts, du moins est-il certain *qu'en général le cadavre entier d'un fœtus qui a respiré ne pèse pas soixante-dix fois autant que ses poumons, et que celui d'un fœtus qui n'a pas respiré pèse plus de trente-cinq fois autant que ces organes*. Ce résultat peut être utile, et nous aurions tort de rejeter la méthode de *Ploucquet*, comme l'ont fait certains auteurs, par cela seul que les rapports ne sont pas tels qu'ils avaient été annoncés.

Est-il nécessaire maintenant de chercher à expliquer l'inconstance de ces rapports ? Ne voit-on pas que le poids du corps doit offrir des variétés nombreuses suivant qu'il contient plus ou moins de graisse, qu'il est plus long ou plus court, que l'enfant appartient au sexe masculin ou au sexe féminin, etc. ? Ces causes nous ont paru tellement frappantes que nous avons imaginé de comparer le poids des poumons à *celui du cœur*, espérant qu'il y aurait beaucoup moins de variations dans le poids de ce dernier organe que dans celui du corps entier, et que par-là les rapports que nous établirions seraient plus constans, et par conséquent plus propres à faire connaître si la respiration avait eu lieu. Voici le

sommaire du travail que nous avons entrepris à cet égard.

On a pris exactement le poids de plusieurs fœtus mort-nés, et d'autres qui avaient vécu plusieurs heures ou plusieurs jours ; ces fœtus étaient à terme, à sept ou à huit mois. Le thorax ayant été ouvert, on a pesé séparément le cœur et les poumons après les avoir bien essuyés ; le premier de ces organes avait été préalablement incisé pour en retirer tout le sang qu'il pouvait contenir ; les veines-caves et pulmonaires, ainsi que les artères pulmonaire et aorte ont été coupées aussi près que possible de ces viscères, afin que le poids de ceux-ci ne se trouvât pas plus grand qu'il n'est réellement. Le tableau suivant indique le rapport de pesanteur.

TABLEAU.

AGE du fœtus.	DURÉE de la respiration.	POIDS du corps.	POIDS du cœur.		POIDS des poumons.		RAPPORT entre le poids du cœur et celui des poumons.
		gram.	gram.	c.	gram.	c.	gram.
A terme.	Trente-six heures.	2280	13	5	40	5	3
A terme.	Quatre jours et deux heures.	2000	10	5	50		$4\frac{4}{5}$ environ.
A terme.	Huit heures.	2650	19		50		$2\frac{3}{5}$ environ.
A terme.	Treize jours.	2700	15		59		$3\frac{14}{15}$.
A terme.	Deux jours.	2800	16	5	87		$5\frac{1}{4}$ environ.
Huit mois.	Neuf jours.	1700	9	5	66		7 environ.
Sept mois.	Quatre jours.	1450	9	5	54	5	$5\frac{7}{9}$
Six mois et demi.	Deux heures.	800	5		24	2	5 environ.
A terme.	Mort pendant le travail.	2305	14		33		$2\frac{2}{5}$.
A terme.	Mort-né.	3100	17	5	38		$2\frac{1}{5}$ environ.
A terme.	Mort-né.	2200	9		36		4.
A terme.	Mort pendant le travail.	2900	15	5	29		$1\frac{13}{15}$ environ.
A terme.	Mort pendant le travail.	1750	17		35		$2\frac{1}{17}$.
Huit mois.	Mort-né.	1840	21	5	61		3 environ.
Sept mois et demi.	Mort-né.	1650	8		26		$3\frac{1}{4}$.
Sept mois.	Mort-né.	1270	5		25	3	5 environ.

Il résulte de ces expériences et de beaucoup d'autres dont nous ne ferons pas mention, 1° que le rapport du poids des poumons à celui du cœur n'est pas toujours le même chez les fœtus qui ont respiré comme chez ceux qui n'ont pas respiré; 2° que chez les premiers les poumons pèsent quelquefois sept fois autant que le cœur, tandis que dans d'autres circonstances ils ne pèsent que deux fois $\frac{3}{5}$ autant; 3° que chez les fœtus qui n'ont pas respiré, les poumons peuvent peser cinq fois autant que le cœur, ou seulement une fois $\frac{13}{15}$ autant; 4° qu'il est par conséquent impossible d'établir aucune règle fixe d'après le rapport dont il s'agit, pour savoir si la respiration a eu lieu.

Daniel avait publié, dès l'année 1780, un procédé différent de ceux qui ont été indiqués, dans le but de déterminer également si le fœtus avait respiré. Partant de ces deux principes d'hydrostatique généralement connus, 1° qu'un corps solide plongé dans un liquide, déplace autant de ce liquide qu'il y occupe d'espace; 2° qu'un corps solide plongé dans un corps liquide moins pesant que lui, y perd en pesanteur ce que pèse un volume de liquide égal à celui du corps solide, et que la pesanteur du liquide augmente dans la même proportion, il proposait de déterminer numériquement le volume des poumons, puis de les peser dans l'air et dans l'eau, en employant l'appareil décrit à la page 257. Il est évident, disait-il, que si les poumons d'un fœtus mort-né pèsent 100 à l'air libre, ils ne perdront que très-peu de leur poids lorsqu'ils seront pesés dans l'eau, puisqu'ils présentent peu de volume; supposons qu'ils ne pèsent alors que

70 (1). Si les poumons d'un enfant qui a respiré pèsent 200 à l'air libre, ils perdront beaucoup plus de leur poids quand ils seront pesés dans l'eau, vu qu'ils offrent un très-grand volume, et que par conséquent ils déplacent une plus grande masse de liquide; supposons qu'alors ils ne pèsent que 140. S'il s'agit au contraire de poumons de fœtus mort-nés, *qui ont été insufflés*, admettons que leurs poids à l'air libre soit de 98 (2), ils perdront dans l'eau autant que ceux qui ont été dilatés par la respiration, puisqu'ils offrent le même volume; donc leur poids ne sera alors que de 38; d'où il suit que la différence de poids dans l'air et dans l'eau sera :

Pour les poumons du fœtus mort-né, de 30;

Pour ceux du fœtus qui a respiré, de 60.

Pour ceux qui ont été insufflés, de 60.

Il sera donc aisé, en construisant des tables qui indiquent les poids de ces organes dans l'air et dans l'eau, de décider s'ils appartiennent à des fœtus mort-nés ou à d'autres qui ont respiré ou dont les poumons ont été insufflés.

Le procédé de *Daniel* repose sur des principes de physique incontestables; mais il suppose que le volume et le poids des poumons ne varient point, ce qui est loin d'être exact; d'ailleurs les tables nécessaires

---

(1) Aucun de ces nombres n'a été indiqué par *Daniel*; nous croyons devoir les employer, non pas que nous ayons la certitude qu'ils expriment au juste ce qui se passe, mais seulement parce qu'ils facilitent l'intelligence du procédé de cet auteur.

(2) Il est assez remarquable que les poumons d'un fœtus mort-né pèsent constamment davantage avant d'avoir été insufflés qu'après.

pour en faire l'application n'ont point été dressées; en conséquence il serait impossible d'avoir recours à une pareille méthode dans l'état actuel de la science.

SEIZIÈME LEÇON.

D. *Pesanteur spécifique des poumons.* Les poumons d'un fœtus à terme qui n'a pas respiré sont plus pesans que l'eau; si la respiration a eu lieu, ils nagent, au contraire, sur ce liquide: dans le premier cas leur pesanteur spécifique est plus considérable que celle du liquide; elle l'est moins dans le second, parce qu'ils ont été dilatés par l'air. Voici comment on doit procéder pour estimer cette pesanteur. « On retire de la cavité thorachique les poumons avec le cœur; on sépare la trachée artère en faisant la résection à l'endroit où elle s'insère dans ceux-là; on a soin aussi de faire préalablement la ligature des gros troncs vasculaires, et après avoir essuyé le sang qui pourrait se trouver extérieurement sur les poumons, on les place doucement dans un vase rempli d'eau, assez spacieux pour qu'ils puissent flotter librement; ce vase doit être assez profond pour contenir au moins un pied d'eau, afin que la colonne de liquide soit proportionnée au volume ainsi qu'au poids des poumons et du cœur. L'eau doit être propre, ni chaude ni glaciale, et surtout ne pas contenir en solution des parties salines, lesquelles, en augmentant sa densité, favoriseraient la surnatation; aussi l'eau de rivière est-elle en général préférable à l'eau de puits. On observe alors si les poumons et le cœur tombent au fond de l'eau, ou s'ils surnagent,

s'ils se précipitent tout à coup ou lentement. On réitère ensuite cette expérience avec les poumons séparés du cœur. Dans le cas où un seul poumon surnage, il est important de remarquer lequel. Le même essai doit ensuite être fait avec chacun des poumons séparément, et avec chaque lobe coupé en plusieurs morceaux, afin de constater si chacun de ces morceaux surnage, ou s'il en est qui tombent au fond; dans cette dernière expérience, il est essentiel de ne pas confondre les uns avec les autres, les fragmens du poumon droit et du poumon gauche. Enfin, on exprime entre les doigts et sous l'eau, chacun de ces fragmens, pour observer s'il s'en dégage des bulles d'air, et, si après avoir été ainsi exprimés, ils surnagent encore, ou s'ils vont au fond de l'eau.» (*Marc*, Dict. des sciences médicales.)

Cette expérience, qui constitue la *docimasie pulmonaire hydrostatique* des auteurs (1), indiquée d'abord par *Galien*, et décrite en 1664 par *Thomas Bartholin* et *Jean Swammerdam*, ne fut appliquée à la médecine légale qu'en 1682, par *Schreger*; elle a été depuis l'objet de nombreuses contestations; plus on a voulu lui donner d'importance, plus on s'est attaché à la combattre: cette lutte a été favorable à la science, puisqu'on est parvenu à établir ce résultat important, *que, si dans certains cas l'expérience hydrostatique ne peut être d'aucune utilité, il en est d'autres où elle prouve que la respiration a eu lieu.* La justesse de cette proposition sera mise hors de doute, par l'examen at-

(1) δοκιμαζω, j'essaie.

tentif des objections faites contre la méthode dont nous parlons.

Objection première. *Les poumons d'un fœtus mort-né peuvent être plus légers que l'eau parce qu'ils sont pouris emphysémateux, ou qu'ils ont été insufflés.*

Il est impossible de contester la réalité de ce fait. D'abord pour ce qui concerne la *putréfaction*, on sait que, lorsqu'on place dans l'eau les poumons d'un fœtus mort-né, ils en occupent le fond, mais que bientôt après, s'ils ont le contact de l'air, ils tendent à s'élever, et finissent par arriver à la surface du liquide au bout de quelques jours; alors ils sont pouris : les expériences qui ne s'accordent point avec ce résultat sont trop peu nombreuses pour qu'on doive en tenir compte. Si, au lieu de détacher les poumons, on abandonne à lui-même le cadavre entier d'un fœtus mort-né, on observe que les poumons se pourissent avec la plus grande difficulté, et qu'en général ils offrent à peine des indices de décomposition putride lorsque la peau, les muscles et plusieurs viscères sont déjà dans un état de colliquation fétide; il résulte de ce dernier fait que la surnatation des poumons, par suite de la putréfaction, doit être un phénomène *excessivement* rare dans les questions relatives à l'infanticide, puisqu'en général on agit sur des cadavres qui ne sont pas encore entièrement putréfiés (1).

(1) Nous avons fait pourir trois cadavres de fœtus à terme, morts dans l'utérus vingt ou vingt-cinq jours avant la naissance; toutes les ouvertures naturelles avaient été soigneusement bouchées pour empêcher les larves de pénétrer dans l'intérieur des

Mais admettons le cas où il en serait ainsi : voici comment on distinguerait si la surnatation des poumons est l'effet de la putréfaction ou de la respiration ; on exprimerait les poumons entre les doigts, et l'on verrait en les plaçant de nouveau sur l'eau, qu'ils se précipitent dans le cas de putréfaction, tandis qu'ils continuent à surnager s'il y a eu respiration ; en effet, les gaz développés pendant la fermentation putride sont logés dans le tissu lamineux qui sépare les cellules bronchiques, et la plus légère pression suffit pour les dégager ; tandis que l'air atmosphérique qui distend les poumons pendant la respiration, occupe les cellules bronchiques, et ne peut en être expulsé en entier qu'avec la plus grande difficulté. Les auteurs ont encore indiqué les caractères suivans qui sont beaucoup moins concluans : 1° si la surnatation du poumon est due à la putréfaction, le thymus, les intestins, la vessie, etc., qui se pourissent avant cet organe, doivent également surnager, et si on les exprime entre les doigts, ils retomberont au fond de l'eau ; il est impossible de nier que les viscères dont il s'agit ne deviennent assez légers pour nager sur l'eau, lorsqu'ils

---

cavités et de dévorer les viscères ; on n'a ouvert ces cadavres que plusieurs jours après que l'épiderme était entièrement détaché, lorsqu'ils exhalaient une odeur extrêmement fétide, et que déjà les larves nombreuses qui étaient à la surface du corps paraissaient être sur le point de se porter dans l'intérieur du thorax ; *les poumons n'étaient pas sensiblement altérés, et ils gagnaient rapidement le fond de l'eau, même après avoir été coupés en petits fragmens.*

sont pouris ; il est même probable que dans la plupart des cas où un cadavre entier se putréfie, ils acquièrent bien avant les poumons la propriété de venir à la surface du liquide ; mais on observe souvent le contraire, lorsque ces organes sont détachés du corps ; nous avons plusieurs fois vu en plaçant dans un vase rempli d'eau, les poumons, la vessie et le thymus d'un fœtus mort-né, ces deux derniers viscères occuper encore le fond du vase, lorsque les poumons nageaient déjà sur le liquide depuis plusieurs jours ; 2° si on incise les poumons d'un fœtus qui a respiré, on voit qu'ils sont crépitans, lors même qu'ils ont été pouris ; il n'en est pas ainsi de ceux d'un fœtus mort-né, que la décomposition putride aurait rendus assez légers pour surnager.

L'emphysème des poumons peut rendre *certaines parties* de cet organe assez légères pour les faire rester à la surface de l'eau, comme l'a souvent remarqué M. Chaussier chez les fœtus mort-nés que l'on avait été obligé d'extraire par les pieds, qui étaient morts pendant le travail de l'accouchement, et dont le bassin était étroit : or, comme les poumons étaient d'un brun violacé, qu'ils n'avaient point été insufflés, et que le cadavre n'offrait aucun indice de putréfaction, M. Chaussier a attribué ce phénomène, avec raison, à la contusion que les poumons avaient éprouvée lors de l'extraction : il s'est fait, dit-il, dans leur tissu, une effusion de sang dont l'altération a fourni le dégagement de quelques bulles de gaz, et produit ainsi la légèreté spécifique *d'une partie* des poumons. On distinguera facilement que la surnatation est due à l'em-

physème plutôt qu'à la respiration, en soumettant les parties qui sont plus légères aux épreuves indiquées à l'occasion de la putréfaction.

L'*insufflation* artificielle développe les poumons d'un fœtus mort-né, au point de les faire surnager. Voici ce que l'expérience démontre à cet égard. Lorsqu'après avoir isolé les poumons, on les insuffle, au moyen d'un tube de verre introduit dans la trachée-artère, il suffit de deux ou trois secondes pour leur communiquer une couleur rose, et les rendre crépitans et assez volumineux, pour qu'ils restent à la surface de l'eau. Si, au lieu d'agir ainsi, on insuffle de l'air, à l'aide du tube laryngien, dans les poumons qui n'ont pas encore été détachés du corps, on ne tarde pas à observer, outre ces phénomènes, la voussure du thorax, et le refoulement en bas du diaphragme, à moins que la trachée-artère, les bronches ou leurs divisions ne soient engouées par des mucosités, car alors le succès de l'expérience n'est pas aussi complet. Si l'insufflation de l'air se fait de bouche à bouche, ou par tout autre moyen moins énergique que le précédent, ses effets sont moins sensibles, et il faut beaucoup plus de temps pour parvenir à dilater le poumons au même degré. *Métzger* s'est trompé en avançant que dans tous les cas d'insufflation artificielle, il y avait défaut de voussure du thorax ; ce caractère ne manque que lorsque l'insufflation a été incomplète, puisqu'en insufflant même de bouche à bouche, on a quelquefois pu le déterminer. On a encore avancé à tort que *dans tous les cas* d'insufflation, le poumon gauche, dont la bronche est plus longue et plus étroite que celle de

l'autre, ne se dilatait pas aussi bien et aussi complétement que le droit ; l'expérience prouve que, s'il en est ainsi dans beaucoup de cas, souvent le contraire a lieu chez des enfans qui ont respiré pendant plusieurs heures.

Comment distinguer si la surnatation des poumons est l'effet de l'insufflation ou de la respiration? Ce ne sera pas en exprimant ces organes dans l'eau, car dans l'un et l'autre cas, l'air est contenu dans les vésicules bronchiques, et ne peut être expulsé en entier : aussi remarque-t-on que des poumons bien insufflés continuent à surnager même après une forte compression ; les auteurs qui ont avancé le contraire avaient agi sur des poumons dans lesquels on n'avait introduit qu'une petite quantité d'air, ou qui avaient été mal insufflés. On ne peut espérer de résoudre ce problème, qu'en examinant attentivement l'état des vaisseaux pulmonaires, et en appréciant le poids absolu des poumons; en effet, si la respiration a eu lieu, les artères et les veines pulmonaires contiendront une plus grande quantité de sang que dans le cas d'insufflation, parce que celle-ci ne détermine en aucune manière l'abord de ce liquide vers les poumons, tandis que par suite de la respiration, il s'établit un nouveau mode de circulation dont le résultat immédiat est l'accès complet du sang dans les vaisseaux pulmonaires : d'une autre part, l'insufflation n'augmente pas le poids absolu des poumons, parce qu'ils ne reçoivent que de l'air; par la respiration au contraire, le poids de ces organes est augmenté de celui du sang qui afflue dans les vaisseaux pulmonaires : aussi les poumons d'un fœtus pèseront-ils davantage après la respiration, que s'ils avaient

été simplement insufflés. Quelque incontestables que soient les deux propositions que nous venons d'émettre, leur application présente tant de difficultés, qu'*elles peuvent tout au plus servir à établir des présomptions*. Comment distinguera-t-on, par exemple, que la quantité de sang contenue dans les vaisseaux pulmonaires répond précisément à celle qui doit se trouver dans les vaisseaux d'un poumon insufflé, ou de celui qui a été dilaté par la respiration; suffira-t-il de la simple inspection, ou bien faudra-t-il l'apprécier par la teinte plus ou moins foncée de l'eau dans laquelle on écrasera les poumons? Ces moyens, les seuls qu'il nous soit permis d'employer, sont évidemment insuffisans, puisqu'ils ne portent que sur la détermination de quantités que l'on peut appeler grandes ou petites, à volonté. Et pour ce qui concerne le poids absolu des poumons, quel sera le point de départ? S'il était prouvé comme l'avait indiqué Ploucquet, que chez un fœtus mort-né le poids du poumon étant égal à 1, celui de tout le corps est de 70, tandis que lorque la respiration a eu lieu, le poids du corps étant de 70, celui du poumon serait égal à 2, la solution du problème serait assurée et facile; mais nous avons déjà vu que les choses étaient loin de se passer ainsi.

Il serait inutile de faire une énumération détaillée des cas où il sera indispensable de déterminer si les poumons ont été insufflés; nous nous bornerons à citer les deux suivans : *a* Une femme est accouchée clandestinement et sans témoins, d'un enfant qui ne respire point; elle cherche à le ranimer en lui soufflant de l'air dans les poumons; néanmoins l'enfant périt et

on accuse la mère de l'avoir tué ; ici l'accusation est particulièrement fondée sur la légèreté des poumons, qui est au contraire l'œuvre de la tendresse maternelle. *b* On insuffle de l'air dans les poumons d'un enfant mort-né, pour faire croire qu'il a vécu et qu'il a été détruit par sa mère.

Objection deuxième. *Il n'est pas impossible qu'un fœtus périsse en naissant, et que les poumons soient plus légers que l'eau parce qu'il aura respiré au passage.* Ce fait est incontestable : des fœtus dont la tête seulement avait franchi la vulve, ont respiré et poussé des cris plus ou moins forts. Avant que des observations réitérées n'eussent mis cette vérité hors de doute, on objectait qu'il était difficile de l'admettre, parce que les parties sexuelles devaient comprimer le thorax qui y était comme enclavé, et l'empêcher de se dilater. Nul doute qu'il n'en fût ainsi, si l'arrêt du tronc et des autres parties était constamment produit par la compression dont nous parlons ; mais dans la plupart des cas cet effet dépend d'une fausse position des épaules ou de la cessation des contractions utérines, et alors on conçoit qu'il est possible que la poitrine se dilate.

Osiander va même plus loin ; il admet que le fœtus peut respirer et crier, lorsqu'après la rupture des membranes et l'écoulement des eaux de l'amnios, sa bouche est placée près de l'orifice de la matrice, de manière à ce que l'air atmosphérique puisse y être introduit. Cette assertion qui a besoin d'être confirmée, ne paraîtra pas tout-à-fait invraisemblable aux personnes qui connaissent les observations curieuses de M. Béclard : après avoir incisé l'utérus d'une femelle pleine,

sans toucher aux membranes, ce médecin a remarqué des mouvemens respiratoires très-distincts, consistant dans l'ouverture des narines et dans l'élévation des parois du thorax; ces mouvemens se répétaient à des intervalles assez régulièrement égaux, mais ils étaient lents. (Dissertation inaugurale.)

Schmitt, *Baudelocque* et plusieurs autres accoucheurs, admettent encore qu'un enfant peut respirer lorsque toutes les parties sont sorties excepté la tête, et que pour la dégager on est obligé d'introduire la main; l'air atmosphérique pénètre alors par le vagin jusqu'aux poumons. L'observation démontre en effet, que dans quelques cas de ce genre où l'enfant a été extrait par la version, ses poumons nageaient sur l'eau, quoiqu'il fût mort pendant l'opération. *Mahon* suppose en outre le cas où le cordon ombilical s'entortille autour du col, pendant que l'enfant est ballotté dans l'utérus, en sorte qu'il en résulte une apoplexie mortelle, accompagnée de tous les signes d'engorgement; l'enfant peut respirer en franchissant le vagin et périr avant d'être né.

Objection troisième. *Le nouveau-né peut avoir respiré et ses poumons ne pas nager.* Quelque étrange que paraisse cette proposition, elle est parfaitement exacte. *Schenkius* a vu un enfant à *terme*, qui avait vécu quatre jours, et dont les poumons se précipitaient au fond de l'eau, quoiqu'ils fussent sains; toutefois une petite portion du poumon gauche, qui était d'un rouge pâle, tendait à surnager. Les exemples de fœtus *non à terme* qui avaient respiré, et dont les poumons étaient plus lourds que l'eau, sont assez communs : voici ce que l'observation démontre à cet égard : si le fœtus est au

moins âgé de sept mois, les poumons peuvent bien se précipiter au fond de l'eau, lorsqu'on les place entiers sur ce liquide, mais il est extrêmement rare, si on les divise en plusieurs tranches, que quelques-uns des fragmens ne surnagent point; si le fœtus n'est âgé que de cinq ou six mois, il peut arriver qu'aucun des fragmens pulmonaires ne reste à la surface du liquide.

Quelles peuvent être les causes de la submersion des poumons lorsque la respiration a eu lieu? La faiblesse de l'enfant, qui, tout étant égal d'ailleurs est d'autant plus grande qu'il est plus éloigné du neuvième mois : on conçoit, en effet, que la dilatation des vésicules bronchiques soit alors trop incomplète pour permettre à l'air d'y pénétrer, et que celui-ci s'arrête dans la trachée-artère et dans les premières ramification des bronches. L'engorgement des vaisseaux et du tissu des poumons peut également être regardé comme cause de la précipitation de ces organes au fond de l'eau : cet engorgement se remarque lorsque dans un accouchement laborieux la tête a été serrée, et dans tout autre cas de suffocation : les poumons sont alors d'un rouge brun et compacts; mais il suffit de les exprimer dans l'eau pour en chasser le sang et les faire surnager. Avouons toutefois que dans un assez grand nombre de circonstances, des poumons gorgés d'une grande quantité de sang, loin de se précipiter, restent à la surface du liquide.

Objection quatrième. *En supposant même que la submersion des poumons prouve qu'un fœtus n'a pas respiré, elle n'établit point qu'il n'ait pas vécu*; en effet, un enfant peut naître enfermé dans ses membranes, et

rester pendant quelque temps dans cette position sans respirer ; il peut être submergé dans l'eau immédiatement après sa naissance ; sa faiblesse peut être telle, comme on le voit dans l'asphyxie des nouveau-nés, qu'il ne donne aucun signe de vie pendant plusieurs heures ; le défaut de respiration peut encore tenir à ce que les voies aériennes sont obstruées par des mucosités ou par l'eau de l'amnios. Dans tous les cas dont nous parlons, le fœtus vit sans respirer, en sorte que s'il vient à périr parce qu'il manque de secours ou par toute autre cause, et que l'on compare le poids des poumons à celui de l'eau, on verra qu'ils se précipitent au fond du liquide : cette objection a d'autant plus de force, que l'observation démontre que les fœtus de plusieurs mammifères qui n'ont pas encore respiré ou qui n'ont respiré que très-peu, résistent beaucoup mieux aux causes de suffocation, que ceux qui ont déjà respiré pendant un certain temps. (1)

(1) On ne peut pas, faute d'expériences directes, préciser le temps pendant lequel un enfant nouveau-né, à terme, plongé dans l'eau, peut vivre sans respirer ; mais on peut déterminer la durée de sa vie d'une manière approximative, par analogie. Legallois a prouvé que les chiens, les chats et les lapins *nouveau-nés*, vivaient vingt-huit minutes dans l'eau ; lorsqu'ils étaient plongés dans ce liquide *cinq jours* après la naissance, ils ne vivaient que seize minutes ; s'ils étaient déjà âgés de *dix jours* quand on les plaçait dans ce milieu, ils ne vivaient que cinq minutes et demie ; enfin, à l'âge de *quinze jours*, ils avaient atteint la limite que les animaux à sang chaud, adultes, ne peuvent guère dépasser, lorsqu'ils sont soustraits à l'action de l'air. Le cochon d'inde qui vient de naître, au con-

Il est évident d'après cela, qu'une femme accusée du crime d'infanticide, pourrait arguer de ce que l'enfant n'a pas respiré, qu'il n'a point vécu et qu'elle n'est point coupable. Lorsque nous nous occuperons de déterminer si la mort d'un enfant est naturelle, ou si elle peut être attribuée à quelque violence, nous indiquerons ce qu'il faudrait faire en pareille occurrence. (*Voyez* pag. 297.)

On a encore objecté *que le fœtus pouvait avoir respiré et n'avoir pas vécu*, puisqu'on a vu les poumons surnager chez un fœtus à terme, hydrocéphale et mort-né. Cette objection mérite peu d'attention, non-seu-

---

traire, ne peut vivre lorsqu'on l'asphyxie dans l'eau, que *trois* ou *quatre* minutes de plus que l'adulte. Frappé de la différence que présente la durée de la vie de ces animaux plongés dans l'eau, le docteur Edwards en a cherché la cause, et il a vu que les mammifères qui, à leur naissance, produisent assez peu de chaleur pour ne pas avoir, pour ainsi dire, de température propre, vivent beaucoup plus long-temps dans l'eau que ceux qui en développent assez pour conserver une température élevée, lorsque l'air n'est pas trop froid. Le caractère extérieur qui sert à rapporter une espèce à l'un ou à l'autre de ces groupes, consiste dans l'état des yeux, qui sont ouverts ou fermés à la naissance : or l'enfant naît les yeux ouverts, et l'on sait qu'il appartient au groupe de ceux qui produisent le plus de chaleur ; il vivra donc moins de temps que les animaux qui sont dans des conditions opposées. « Ce n'est qu'approximativement que nous pouvons juger de cette durée, dit le docteur Edwards ; dans les expériences que j'ai faites sur les jeunes mammifères qui naissent les yeux ouverts, elle a été de *cinq* à *onze* minutes. » (De l'influence des agens physiques sur la vie, 1 vol in-8°, ouvrage encore inédit, pag. 265.)

lement parce qu'il n'est pas prouvé que le fœtus dont il s'agit n'ait pas vécu, mais encore parce qu'en supposant que le fait rapporté par le docteur Bénédict fut vrai et constant, il s'ensuivrait tout au plus que l'expérience hydrostatique n'est d'aucune utilité lorsqu'elle est appliquée à des individus atteints d'hydrocéphalie, résultat sur lequel on est d'accord depuis long-temps. En terminant ces réflexions sur la pesanteur spécifique des poumons, nous engagerons le lecteur à consulter l'article *docimasie pulmonaire* du Dictionnaire des sciences médicales, par le docteur *Marc*, qui a traité ce sujet d'une manière extrêmement satisfaisante.

Examen du cœur, du canal artériel, du canal veineux et du cordon ombilical. Le trou interoriculaire (de Botal) existe, chez un fœtus à terme qui n'a pas respiré; et quoique moins apparent qu'à une époque plus rapprochée de la conception, il n'en est pas moins visible: le canal artériel et le canal veineux ne sont pas oblitérés tant que la respiration n'a pas eu lieu. On observe le contraire, excepté dans des cas excessivement rares, lorsqu'on examine ces parties chez des enfans qui ont respiré *pendant un certain temps*; nous disons pendant un certain temps, car il est évident que l'occlusion du trou interoriculaire, et l'oblitération des canaux artériel et veineux, n'ont lieu que quelques jours après que la respiration s'est établie; d'où il suit que ce caractère, qui pourrait à lui seul servir à déterminer qu'un enfant a respiré, sera de peu d'utilité dans la plupart des questions relatives à l'infanticide, parce qu'en général ce crime se commet peu de temps après la naissance. On pourrait tirer des

inductions plus certaines des changemens qu'éprouve le cordon ombilical dans les premiers momens de la vie extra-utérine. (*Voy.* page 59.)

Examen du diaphragme. Avant la respiration, la face inférieure du diaphragme est beaucoup plus convexe qu'après, parce que le thorax se dilate dans tous les sens, et surtout de bas en haut, à mesure que l'enfant respire, et que nécessairement le muscle dont nous parlons doit se trouver refoulé vers l'abdomen. Mais est-il permis de juger d'après le degré de convexité et de refoulement du diaphragme, que la respiration a eu lieu? Nous ne le pensons pas, car l'insufflation des poumons, si elle est complète, détermine un refoulement analogue; toutefois nous reconnaissons que si l'on est parvenu à savoir que les poumons n'ont pas été insufflés, les moyens proposés par Ploucquet ne seront pas sans utilité: cet auteur a imaginé d'abord de vider l'abdomen du fœtus, et de voir, à l'aide d'un fil à plomb que l'on ferait partir du sternum, à quelle côte correspond le sommet du centre aponévrotique du diaphragme chez les fœtus mort-nés, et chez ceux qui ont respiré; si l'on fixait par des recherches convenables les différens points dont nous parlons, et s'il était possible de les rapporter à des termes constans, nul doute que ce caractère ne fût de quelque valeur. D'une autre part, Ploucquet voulait que l'on déterminât, en poussant le diaphragme de bas en haut, s'il ne serait point susceptible d'être refoulé vers le thorax: s'il l'était, on pourrait soupçonner qu'il avait déjà été refoulé en sens contraire, et par conséquent que le fœtus avait respiré.

Examen de la vessie et des intestins. On ne peut pas disconvenir que dans la plupart des cas le refoulement en bas du diaphragme ne sollicite les contractions de la vessie et des intestins qui laissent échapper de l'urine et du méconium ; mais il s'en faut de beaucoup que le défaut d'évacuation de ces matières prouve que l'enfant n'a pas respiré, une foule de causes pouvant s'opposer à leur excrétion. D'une autre part, il peut arriver que la sortie de ces matières ait lieu avant que l'enfant n'ait respiré, puisqu'elle a été observée avant la naissance.

DIX-SEPTIÈME LEÇON.

Après avoir examiné les différences que présentent dans les fœtus mort-nés et dans ceux qui ont respiré, le thorax, les poumons, le cœur, le canal artériel, le canal veineux, le cordon ombilical et le diaphragme, nous croyons devoir indiquer les *conclusions* suivantes, comme solution de la question énoncée à la page 255 (1).

1° On affirmera qu'un fœtus à *terme* a respiré, si le canal artériel, le canal veineux et le trou interoriculaire (de Botal), sont oblitérés, et si le cordon ombilical est détaché ou prêt à tomber, quelle que soit la manière dont les poumons se comportent lorsqu'on les place sur l'eau.

2° On pourra également affirmer qu'un fœtus *à terme* a respiré, lors même qu'il n'offre aucun des caractères

(1) Il importe de ne faire aucune recherche avant d'avoir pris exactement le poids du corps du fœtus et celui des poumons.

qui précèdent, si le thorax est voûté, le diaphragme plus ou moins refoulé vers l'abdomen, les poumons d'un rouge peu foncé, recouvrant plus ou moins le péricarde, *et plus légers que l'eau dans leur totalité ou dans quelques-unes de leurs parties*, pourvu toutefois que la légèreté de ces organes ne dépende ni de leur putréfaction, ni d'un état emphysémateux, ni de leur insufflation. (*V.* page 269.)

3° Lors même qu'il sera prouvé qu'un enfant *à terme* a respiré, on ne concluera pas qu'il ait vécu après sa naissance, car il a pu respirer et périr pendant l'accouchement.

4° On ne niera pas qu'un enfant *à terme*, chez lequel les canaux artériel et veineux, et le trou interoriculaire ne sont pas encore oblitérés, *n'ait pas respiré*, parce que les poumons sont d'une couleur rouge et peu volumineux, qu'ils se précipitent au fond de l'eau, que le thorax est à peine voûté, et que le diaphragme n'est point refoulé vers l'abdomen; car la respiration a pu être assez faible pour ne déterminer dans ces parties aucun des changemens qu'elle produit ordinairement. Le fait suivant mérite d'être rapporté à l'appui de cette conclusion. Madame S*** accouche le 25 février 1809, d'un enfant à terme, qui meurt le 1er mars à deux heures du matin, sans avoir tété, et ayant eu la respiration *peu aisée*. En examinant le cadavre, on voit que le thorax, au lieu d'être *voûté*, est tout plat; le cœur est à *découvert*, la convexité du diaphragme très-saillante en *haut*; les poumons, nullement développés, sont *ramassés* de chaque côté de la colonne vertébrale; leur couleur est d'un *brun foncé*, excepté le gauche qui

offre une traînée d'environ deux pouces de long sur un demi-pouce de large, d'un *rouge pâle;* le lobe inférieur droit est très-enfoncé dans l'abdomen : placés sur l'eau, seuls ou unis au cœur, ils se précipitent; cependant la traînée, d'un rouge pâle, a une *tendance* différente; les vaisseaux qui se rendent à cet organe sont *vides* et contractés sur eux-mêmes; le trou interoriculaire et le canal artériel sont *ouverts;* l'insufflation développe très-bien les poumons, ce qui prouve qu'il n'y avait point de vice organique tous les viscères abdominaux sont dans l'état naturel; il y a un peu de méconium dans le gros intestin; la vessie est vide parce que l'enfant avait évacué; les vaisseaux sanguins du bas-ventre sont remplis de sang. (*Schenkius,* Bibl. médicale, année 1810.)

5° Si, chez un fœtus à *terme,* le trou interoriculaire et les canaux artériel et veineux ne sont pas oblitérés, et que les poumons se précipitent au fond de l'eau, on n'affirmera point qu'il n'ait pas respiré, ou que les poumons n'aient pas été insufflés; car le défaut de légèreté de ces organes pourrait dépendre de l'engorgement de leur tissu, ce que l'on reconnaîtrait en les coupant par tranches et en les exprimant dans l'eau; les fragmens des poumons ainsi dégorgés surnageraient si la respiration ou l'insufflation avaient eu lieu.

6° Si les poumons d'un fœtus à *terme* n'offrent aucune trace d'engorgement, qu'ils se précipitent au fond de l'eau, et que les canaux déjà mentionnés ne soient pas oblitérés, on affirmera que le fœtus n'a point respiré, mais on ne concluera pas qu'il n'ait pas vécu, car il a pu naître enveloppé de ses membranes,

ou dans un état d'asphyxie; il a pu être submergé immédiatement après sa naissance, etc. (*V.* page 277.)

7° Lorsque, chez un fœtus qui *n'est pas à terme*, les poumons entiers ou tous leurs fragmens se précipitent au fond de l'eau, on se gardera bien de conclure que la respiration n'a pas eu lieu, puisqu'il est démontré que dans un assez grand nombre de cas les poumons de ces individus ne parviennent pas à surnager, lors même qu'ils ont respiré pendant plusieurs heures. Si la masse des poumons allait au fond de l'eau, et que quelques-uns des fragmens eussent une tendance contraire ou restassent à la surface du liquide, comme on l'observe quelquefois chez les fœtus âgés de plus de sept mois, qui ont respiré, on établirait des présomptions en faveur de la respiration ou de l'insufflation.

8° Toutes les fois que l'on conservera le moindre doute sur la cause qui détermine la surnatation des poumons, c'est-à-dire, lorsqu'on sera embarrassé pour décider si cet effet est le résultat de la respiration ou de l'insufflation, il faudra comparer le poids des poumons à celui du corps entier, et se rappeler les rapports qui ont été indiqués aux pages 259 et 260.

9° En supposant que l'on soit parvenu à établir *de la manière la plus positive*, que l'enfant a respiré, soit pendant, soit après la naissance, et même qu'il a vécu pendant plusieurs heures, on se gardera bien de conclure qu'il a été tué. Cette vérité est tellement frappante, que l'on s'étonnera peut-être que nous l'ayons consignée : nous avons voulu la mentionner parce que nous sommes convaincus que plusieurs médecins attachant aux expériences qui ont fait l'objet de cet ar-

ticle, toute l'importante qu'elles méritent, ont souvent été entraînés à soupçonner le crime, par cela seul que l'enfant avait vécu : comme s'il ne fallait pas avant d'établir un pareil soupçon, déterminer si l'enfant n'était pas mort pendant l'accouchement ou à la suite d'un engorgement des poumons ou du cerveau, d'un épanchement ou d'une de ces maladies auxquelles les nouveaux-nés succombent le plus ordinairement. D'ailleurs, ainsi que nous l'avons dit à la page 248, la véritable pierre de touche, dans la question qui nous occupe, est de reconnaître s'il existe sur le fœtus des traces qui indiquent qu'il a été victime de manœuvres criminelles.

Déterminer si le fœtus est mort en naissant.

Le médecin ne saurait attacher trop d'importance à reconnaître dans une accusation d'infanticide, quelle est la partie du corps de l'enfant qui s'est présentée la première au détroit supérieur du bassin, quelle était sa position; en un mot, quelle a été la nature, la durée de l'accouchement : cet examen suffit quelquefois pour éloigner toute idée de crime. Ainsi, lorsque l'accouchement est prompt et facile, l'enfant peut naître dans un état de stupeur tel, qu'on le regarde comme mort; ici la femme a été surprise, surtout si elle était primipare, et il y aurait de l'inhumanité à ne tenir aucun compte de l'écart de la marche que la nature suit le plus ordinairement. Dans le cas où le travail aurait été difficile et long, ne serait-il pas à présumer que l'accouchement n'a pas été

clandestin, qu'une ou plusieurs personnes ont assisté la femme, ce qui diminuerait nécessairement les probabilités du crime? On peut même supposer la difficulté de l'accouchement telle, que les secours de l'homme de l'art aient été indispensables, ce qui éloignerait encore davantage toute présomption de culpabilité, à moins que l'on n'admît, ce qui n'est guère probable, la complicité du médecin.

Pour être à même de déterminer si un enfant est mort en naissant, il faut connaître les causes innocentes qui peuvent le faire périr pendant le travail; l'examen de ces causes jettera un grand jour sur cette question. Voici les principales :

1° *La longueur du travail.* Si le travail est long et pénible, en supposant même que le sommet de la tête se présente dans une bonne position, le fœtus peut périr, parce que les contractions de la matrice sont fortes et longues, que la tête se trouve poussée contre le bassin, et que le cordon ombilical et le placenta sont comprimés; on conçoit qu'alors le sang soit refoulé vers le cerveau et détermine l'apoplexie. Les principales causes de la longueur du travail dans le cas dont nous parlons, sont l'étroitesse des détroits du bassin, la dureté et la rigidité de l'orifice de l'utérus ou de la vulve, le volume de l'enfant, le défaut d'intensité des douleurs, etc.

Examen du cadavre. Pour mieux faire ressortir les lésions produites par la longueur du travail, il importe d'établir, en peu de mots, ce que l'on remarque dans les diverses espèces d'accouchement. Si la femme est jeune, bien conformée, primipare, et que l'enfant,

d'un volume ordinaire, présente, comme cela a le plus souvent lieu, l'extrémité occipitale de la tête, on voit sur la partie qui s'est engagée une tuméfaction plus ou moins considérable; le tissu cellulaire sous-cutané de la portion tuméfiée est infiltré de sérosité jaunâtre; les vaisseaux sanguins sont engorgés; les autres parties de la tête sont dans l'état naturel. Si la femme est déjà accouchée plusieurs fois, et que le travail soit de peu de durée, la tuméfaction, l'infiltration et l'engorgement dont nous avons parlé sont à peine marqués. Si, au contraire, l'accouchement a été plus long, au lieu d'une simple tuméfaction, on découvre à la partie de la tête qui s'est présentée, une tumeur molle contenant de la sérosité sanguinolente ou du sang; le périoste peut être détaché et soulevé par du sang noir et fluide; les os du crâne sont quelquefois mobiles, les sutures relâchées, et la portion de l'os qui correspond à la tumeur est brunie par du sang. Les altérations seront encore plus marquées, si le travail a été plus long et plus pénible; la tête pourra être allongée dans son grand diamètre et aplatie en sens contraire; l'un et l'autre des pariétaux, quelquefois tous les deux, ainsi que le frontal, pourront offrir des enfoncemens avec ou sans fracture, ou des fractures longitudinales, anguleuses ou en étoile; la peau du crâne, de la face et du col pourra être d'un rouge violet et comme contuse; les muscles orbiculaires des paupières, le masseter, etc., seront quelquefois livides et ecchymosés; les vaisseaux qui rampent à la surface du cerveau, pourront être fortement gorgés de sang, ainsi que les plexus choroïdes; une quantité plus ou moins considérable de ce fluide

pourra s'être épanchée entre la dure-mère et les os du crâne, entre les lames de la pie-mère, entre la tente du cervelet et le cerveau, dans les ventricules ou à la base de ce dernier organe.

Ce n'est pas seulement lorsque la tête se présente au détroit supérieur, que l'on observe de pareilles lésions; quelle que soit la partie du tronc qui s'engage la première, si le travail a été pénible, on trouve des altérations semblables. Il n'y a pas encore long-temps que nous avons eu l'occasion de disséquer un fœtus à terme qui avait présenté l'épaule gauche dans la quatrième position; on fit la version et on amena l'enfant vivant après dix-huit heures de souffrances; il périt peu d'instans après. L'épaule gauche, le bras, l'avant-bras et la main du même côté étaient livides; le tissu cellulaire sous-cutané était infiltré de sang brunâtre; les muscles du bras étaient comme macérés par le sang; mais ce qui paraîtra plus extraordinaire, le péricrâne était le siége d'une foule de petites ecchymoses rouges, étoilées; en l'incisant on voyait que le pariétal gauche et la moitié gauche du frontal étaient couverts de sang.

Déjà M. Chaussier avait noté un fait semblable en décrivant les altérations du fœtus qui présente le *siége*. Si le travail a été pénible, disait-il, on trouve à la partie qui s'est engagée une ecchymose plus ou moins étendue (1); les muscles sous-jacens ont une teinte brunâtre. « On remarque seulement dans *l'épaisseur de l'aponé-*

(1) Assez souvent c'est dans le scrotum que l'on trouve cette ecchymose, lorsque l'enfant présente les fesses.

vrose qui recouvre le crâne, ou dans *le tissu du périoste*, quelques petites ecchymoses rougeâtres, lenticulaires, disséminées ça et là, ce que l'on trouve également dans tous les cas où l'on a été obligé de faire la version de l'enfant, surtout lorsque la tête a été arrêtée quelque temps au passage, et qu'elle est sortie difficilement. Dans les cas qui ont nécessité la version, et si elle n'a pas été opérée immédiatement après la rupture de la poche des eaux, on trouve une ecchymose plus ou moins étendue à la partie qui s'était d'abord engagée. Souvent aussi on en trouve sur les membres qui ont spécialement supporté les efforts nécessaires pour l'extraction de l'enfant. »

2° *La compression du cordon ombilical ou son entortillement autour du cou* peuvent déterminer l'apoplexie et la mort : le *cadavre* présente alors tous les signes de la congestion cérébrale dont nous venons de parler à l'occasion de la longueur du travail, et en outre des taches circulaires rougeâtres autour du cou, sans altération de l'épiderme, s'il y a eu entortillement. Il est inutile de dire que la compression du cordon s'observe lorsqu'il sort prématurément et qu'il est serré par le col de l'utérus ou par la tête du fœtus, qui appuie sur les os du bassin, dans les cas où le tronc étant sorti jusqu'au cou, la tête est long-temps arrêtée au passage; enfin, lorsque après la sortie de la tête, les épaules sont long-temps arrêtées, parce qu'elles se présentent directement au détroit abdominal, ou diagonalement au détroit périnéal.

3° *Une hémorrhagie considérable*, produite par le décollement total ou partiel du placenta, par la rupture de

la matrice ou du cordon ombilical. Dans ces différens cas le fœtus est exsangue, pâle comme la cire; les muscles et les viscères sont décolorés; les artères, les veines, les oreillettes et les ventricules du cœur sont vides et affaissés.

4° *La faiblesse du fœtus*, résultat de son immaturité ou de quelque maladie.

5° *La nécessité où l'on a été de terminer l'accouchement*, parce que la femme éprouvait des convulsions ou d'autres accidens qui pouvaient la faire périr; que le placenta était inséré sur l'orifice de la matrice; que le travail ne faisait point de progrès, ou que le fœtus se présentait mal. Comme, dans ces différentes circonstances, on est obligé d'employer la main, et quelquefois le forceps, les crochets et les perce-crânes, on voit sur les parties du corps du fœtus qui ont été atteintes, des traces non-équivoques de l'impression des doigts ou de ces instrumens.

Après avoir indiqué les causes innocentes qui peuvent faire périr le fœtus pendant l'accouchement, il importe d'examiner si les effets produits par ces causes sont assez caractérisés pour qu'il soit impossible de les rapporter à des manœuvres criminelles, ou, en d'autres termes, si l'on ne peut jamais confondre le cadavre d'un fœtus qui est mort naturellement en naissant, avec celui d'un fœtus qui a été assassiné. Nous pensons que, s'il est des cas où cette distinction est fort difficile à établir, le contraire doit avoir lieu dans le plus grand nombre de circonstances; en effet, supposons qu'une main homicide parvienne à fracturer le crâne d'un fœtus, à déchirer un assez grand nombre de vaisseaux san-

guins pour produire un épanchement notable dans sa cavité, à meurtrir la face et les autres parties du corps au point de donner lieu à une foule d'ecchymoses ; certes, ces lésions pourraient être confondues au premier abord avec celles qui sont quelquefois la suite de la *longueur du travail;* mais on évitera *souvent* de les confondre, à l'aide des considérations suivantes : 1° assez généralement les altérations cadavériques graves, qui sont le résultat d'un travail long et pénible, supposent un rétrécissement du détroit abdominal supérieur, produit par la saillie de l'angle sacro-vertébral, et ne correspondent qu'aux portions du crâne qui appuyaient contre la proéminence du sacrum et le rebord du pubis ; 2° la partie de la tête qui s'est présentée offre une tuméfaction ordinairement peu étendue, circonscrite, souvent de même couleur que la peau, ou peu foncée ; 3° il est rare d'ailleurs que la respiration ait été assez complète pour que les poumons ou leurs fragmens soient plus légers que l'eau ; 4° s'il y a eu manœuvre criminelle après la naissance de l'enfant, les désordres sont presque toujours plus grands et ne se remarquent pas précisément aux mêmes parties ; ainsi l'infiltration sanguine et la tuméfaction du cuir chevelu peuvent être placées dans un lieu très-éloigné du vertex ; dans la plupart des cas elles sont irrégulières, profondes, étendues, d'une teinte rouge ou noirâtre ; elles peuvent correspondre à un décollement de la dure-mère, à une lésion du cerveau ; d'ailleurs la respiration peut avoir été assez parfaite pour que la plupart des fragmens pulmonaires surnagent ; 5° ajoutons à ces considérations qu'il n'est pas impossible que l'homme de l'art apprenne, dans

beaucoup de cas, que la femme n'était point primipare, que la tête s'est présentée dans une bonne position, que ses diamètres n'étaient point disproportionnés à ceux du détroit supérieur du bassin; circonstances qui tendent à éloigner l'idée d'un travail long et pénible.

Il serait impossible de rapporter à une cause criminelle l'apoplexie déterminée par l'entortillement du cordon ombilical, lors même que l'enfant aurait respiré au passage, comme Mahon l'a supposé; il suffirait, en effet, d'avoir égard à la longueur insolite de ce cordon et aux taches circulaires rougeâtres qu'il a produites sur le cou.

On serait plutôt tenté de confondre l'*anémie* qui est le résultat du décollement du placenta ou de la rupture du cordon, avec celle qui serait la suite de l'hémorrhagie ombilicale que la mère aurait provoquée après la naissance, de l'enfant, dans le dessein de le faire périr. Mais il n'est guère possible de méconnaître le décollement du placenta aux symptômes qui caractérisent l'hémorrhagie apparente ou cachée qui en est l'effet nécessaire; le diagnostic est surtout facile à établir lorsque le placenta s'insère sur l'orifice de l'utérus : il arrive d'ailleurs quelquefois que la mère succombe. Quant à la rupture du cordon pendant le travail, on sait que si elle a lieu, les bords de la solution de continuité sont inégaux et irréguliers, tandis que l'hémorrhagie ombilical, après la naissance, suppose, lorsqu'elle est assez considérable pour faire périr le fœtus, que la section du cordon a été opérée avec un instrument tranchant : en effet, l'écoulement ne tarderait pas à s'arrêter dans un cordon qui aurait été

déchiré ou rompu, et qui serait exposé à l'air; or, il est aisé de distinguer si le cordon ombilical a été coupé avec un instrument tranchant, à l'aspect lisse et uni des bords de la section.

Ce que nous avons dit à la page 291 nous dispense de chercher à déterminer si le fœtus a été victime des manœuvres entreprises par l'accoucheur, dans le dessein de sauver la mère, et quelquefois même de conserver la vie de l'enfant.

L'homme de l'art appelé pour juger si un fœtus a péri pendant l'accouchement, devra examiner attentivement : 1° s'il a respiré et jusqu'à quel point la respiration a été parfaite : en effet, il n'est pas ordinaire de voir les fœtus qui meurent en naissant respirer assez complétement pour faire surnager les fragmens des poumons : la surnatation complète de ces organes serait donc un indice qui militerait en faveur de la vie après la naissance; 2° si la mort ne peut être rapportée à aucune des causes innocentes dont nous avons fait mention : c'est ici qu'il étudiera avec soin tout ce qui pourra l'éclairer sur la nature et la durée de l'accouchement; 3° s'il n'existe point de traces manifestes d'assassinat (*voyez* page 309); 4° si la mère et l'accoucheur assurent avoir senti les mouvemens de l'enfant peu de temps avant l'accouchement, tandis que ces mouvemens ont cessé d'être sensibles au bout d'un certain temps; 5° si les pulsations des artères, qui étaient distinctes au commencement du travail, ne l'ont plus été quelque temps après.

§ IV.

Si l'enfant a vécu après sa naissance, déterminer le temps pendant lequel il a vécu.

La solution de cette question repose sur la connaissance des changemens qu'éprouvent après la naissance la peau, le cordon ombilical, les poumons, le cœur, la vessie et les intestins. (*Voyez* l'histoire des âges, page 58 et suivantes, et l'état des poumons, du cœur, de la vessie et des intestins, page 256, 280 et 282.)

§ V.

En supposant que l'enfant ait vécu après sa naissance, chercher à reconnaître depuis quand il est mort.

Ici il faut avoir égard à la température du corps, à la rigidité ou à la flexibilité des membres, aux divers autres signes de la mort, et surtout à l'état plus ou moins avancé de la putréfaction. La solution de cette question appartient donc à l'histoire de la mort, où nous nous proposons d'étudier attentivement les phénomènes que présentent successivement les cadavres des fœtus qui se pourissent dans l'air, dans les différens gaz, dans l'eau stagnante, dans l'eau renouvelée, dans l'eau de fosses d'aisance, dans du fumier et dans de la terre.

DIX-HUITIÈME LEÇON.

§ VI.

Si tout porte à croire qu'un fœtus a vécu après l'accouchement, ou qu'il est mort en naissant, déterminer si la mort est naturelle, ou si elle peut être attribuée à quelque violence, et, dans ce cas, quelle en est l'espèce.

Nous avons déjà fait connaître (page 287), les causes innocentes qui peuvent faire périr les fœtus pendant l'accouchement; il importe d'examiner maintenant celles qui déterminent le plus souvent la mort des nouveau-nés.

1° *Les monstruosités.* Les acéphales, les anencéphales, les monopses, les hydrocéphales, etc., périssent immédiatement après la naissance, ou ne vivent que peu de temps, comme nous l'établirons à l'article viabilité.

2° *La faiblesse* des avortons et même des fœtus à terme qui ont été épuisés par des maladies, est souvent la seule cause de la mort.

3° *La longueur du travail.* Si, dans un travail pénible, le fœtus a présenté assez de résistance pour ne pas périr pendant l'accouchement, il peut succomber après la naissance. (*Voyez* ce qui a été dit page 287).

4° *L'asphyxie* parce que l'air ne pénètre pas dans les poumons, comme on l'observe lorsque la bouche de l'enfant reste appliquée sur une des cuisses de la mère, sur des linges mouillés, ou qu'elle se remplit de glaires, de caillots de sang; lorsque les voies aériennes sont engouées par des mucosités ou par la liqueur

de l'amnios, obstacles qui s'opposent fréquemment à la respiration, ou bien lorsque l'accouchement a été fort brusque et que l'enfant est né enveloppé de ses membranes : la mort a lieu dans ce dernier cas, non-seulement par défaut d'air, mais encore parce que la circulation continuant à se faire comme dans l'utérus, tout le sang s'écoule par la surface du placenta. Les causes de mort dont nous parlons supposent que l'enfant n'a point été secouru, et par conséquent que la mère était seule ou hors d'état de lui prodiguer les soins convenables : elles sont, en général, faciles à constater sur le cadavre. L'engouement des voies aériennes par des mucosités ou par la liqueur de l'amnios, pourrait cependant offrir quelque difficulté, surtout si le fœtus avait été trouvé dans des fosses d'aisance ou dans d'autres lieux semblables ; il faudrait alors, comme l'a indiqué M. Schmitt, s'attacher à démontrer par les moyens indiqués à la page 255, si l'enfant a respiré après la naissance, ou si les poumons ont été insufflés, la présence de bulles d'air dans les liquides contenus dans la trachée-artère ou dans les bronches n'étant point suffisante pour établir que la respiration ou l'insufflation ont eu lieu; en effet, il ne répugne pas d'admettre que dans certaines maladies il y ait un développement de substances gazeuzes susceptibles de rendre écumeux le liquide contenu dans les voies aériennes d'un fœtus qui n'a pas respiré. Si, comme l'a observé Scheel, le liquide introduit dans la trachée-artère est limpide, sans apparence de bulles d'air, et nullement écumeux, on peut en conclure que l'enfant n'a pas respiré.

5° *La chute de l'enfant sur un corps dur*. On peut concevoir que dans certaines circonstances un enfant soit lancé tout à coup hors de la cavité pelvienne, que le cordon ombilical soit rompu, et que la chute soit assez grave pour enfoncer, fracturer les os du crâne, et donner lieu à des accidens mortels, comme la commotion du cerveau, un épanchement de sang, etc. Lafosse dit qu'une femme surprise par les douleurs de l'enfantement, assignant toute autre cause à ces douleurs, se levait pour aller à la selle lorsque l'enfant sortit à moitié; on arriva assez à temps pour en prévenir la chute. M. Pasquier de Lyon rapporte que dans un accouchement très-prompt, le cordon ombilical fut rompu et l'enfant tomba sur le carreau. (Journal universel des sciences médicales, année 1821, t. XXII.) M. Meirieu a inséré, dans le n° de mai 1823 du même recueil, l'observation d'une autre femme qui eut à peine le temps d'empêcher l'enfant de tomber; le cordon ombilical fut également rompu. Ces exemples de rupture du cordon ombilical, qui sont loin d'être les seuls *bien avérés* que nous pourrions citer, ne s'accordent guère avec les expériences faites par M. Chaussier, en tenant d'une main le placenta et en attachant des poids assez considérables à l'extrémité du cordon déjà coupé: dans ces expériences, la rupture du cordon n'a eu lieu qu'avec la plus grande peine. Quoi qu'il en soit, on distinguera presque toujours la rupture du cordon ombilical, parce qu'elle n'a ordinairement lieu que dans deux endroits, près de l'ombilic et près du placenta, et parce que les bords de la solution de continuité sont le plus souvent fran-

ges, inégaux et irréguliers. Chercherons-nous à décider, avec quelques auteurs, si l'on peut conclure de ce que l'on remarque des lésions à la tête des cadavres des fœtus qu'on laisse tomber d'une certaine hauteur (*voy.* page 301), qu'il doit y en avoir de pareilles quand l'enfant qui tombe est vivant? Tout en établissant la possibilité que le fœtus n'éprouve aucun accident à la suite de cette chute, on est obligé de convenir qu'elle peut avoir les résultats les plus fâcheux, et amener même la mort.

6° *Plusieurs maladies*, et notamment la pneumonie, résultat de l'action de l'air froid sur le corps de l'enfant.

Occupons-nous maintenant des moyens criminels que l'on peut mettre en usage pour détruire l'enfant pendant ou après la naissance. Ces moyens doivent être rapportés, d'après les jurisconsultes, à l'*omission volontaire* des secours qu'il est indispensable de donner au nouveau-né, et à la *commission* de violences intentées contre sa vie: c'est là ce qui a donné lieu à la distinction de l'*infanticide* par *omission* et par *commission.*

Infanticide par omission.

On peut réduire à quatre chefs principaux tout ce qui est relatif à l'omission volontaire des soins à donner à l'enfant qui vient de naître, l'*asphyxie*, l'*hémorrhagie ombilicale*, la *température* de l'atmosphère, et l'*inanition*. Rappelons d'abord quels sont les secours que l'on est souvent obligé de prodiguer aux nouveau-nés. 1° La face de l'enfant qui vient de franchir

la vulve, s'appuyant sur une des cuisses de la mère, dans le plus grand nombre des cas, il peut être *asphyxié* si on ne le retourne pas, et l'on sait que les accoucheurs prescrivent avec raison de le placer sur le côté, le dos tourné vers la vulve de la mère, pour empêcher que les fluides qui s'écoulent n'entrent dans sa bouche. 2° L'*asphyxie* pouvant encore être produite par quelque vêtement, des linges mouillés ou d'autres corps appliqués sur la bouche de l'enfant, il importe de les ôter. 3° Il existe des fœtus dont la langue est accolée au palais, ou dont la bouche est remplie de mucosités, et qui ne peuvent respirer qu'autant que l'on remédie à ces inconvéniens en introduisant le doigt dans la bouche. 4° Il en est d'autres qui sont atteints de l'*asphyxie des nouveau-nés*, et qui périraient infailliblement si on ne cherchait pas à établir la respiration, soit en leur insufflant de l'air dans les poumons, soit en leur faisant des frictions sèches ou excitantes le long du dos, sur la poitrine, sur la plante des pieds ou sur la paume des mains, soit en les entourant de linges chauds, ou en les mettant dans un bain chaud aromatique, et mieux encore en employant tous ces moyens à la fois. 5° Quelques-uns d'entre eux sont dans un véritable état d'apoplexie, et ne parviennent à respirer qu'autant qu'on a laissé saigner pendant quelque temps le cordon ombilical, qu'ils ont été exposés à un air frais, que l'on a pressé mollement et alternativement le ventre, et que l'on a fait usage des bains, des frictions, et de l'insufflation de l'air, comme dans le cas précédent. 6° Il en est qui peuvent périr par cela seul que le cordon ombilical n'a pas été lié,

et, dans le cas où cette ligature a été faite, la mort peut encore arriver, s'il existe une hernie ombilicale dont on aurait déterminé l'étranglement, en appuyant le lien sur la partie de l'intestin invaginée dans le cordon. 7° La mort de l'enfant peut encore être le résultat de la gangrène qui se manifeste, rarement à la vérité, lorsque l'inflammation de l'ombilic est excessivement vive, et qu'elle n'est point combattue par les émolliens. 8° Il est inutile de rappeler qu'il faut éviter que l'enfant qui naît précipitamment ne soit lancé sur le pavé, cette chute pouvant occasioner la mort, comme nous l'avons déjà dit (1).

L'*asphyxie* produite par une des causes dont nous venons de parler dans le paragraphe précédent, constitue un véritable infanticide, s'il est prouvé que l'o-

---

(1) On connaît les expériences faites par M. Chaussier à l'hospice de la Maternité. Il laissa tomber de la hauteur de dix-huit pouces, perpendiculairement sur un sol carrelé, quinze enfans morts qu'il avait soulevés par les pieds : on découvrit sur douze d'entre eux une fracture longitudinale ou anguleuse à l'un des pariétaux, et quelquefois aux deux, quoiqu'auparavant les os du crâne ne présentassent aucune altération. Dans une autre expérience, on laissa tomber le même nombre d'enfans de la hauteur de trente-six pouces, et l'on vit sur douze d'entre eux une fracture aux os pariétaux, qui s'étendait dans quelques-uns jusqu'à l'os frontal. En les laissant tomber de plus haut, les commissures membraneuses de la voûte du crâne étaient relâchées ou rompues ; le cerveau offrait une altération marquée ; il y avait des ecchymoses dans les membranes de ce viscère, des épanchemens de sang, etc.

mission des soins qui l'a déterminée a été volontaire ; mais il n'est pas toujours facile d'établir cette preuve.

L'hémorrhagie ombilicale. Les faits consignés dans certains auteurs pour établir que l'omission de la ligature ombilicale n'est pas mortelle, seraient-ils mille fois plus nombreux, ils ne prouveraient rien, dès qu'il serait constaté *qu'un seul enfant* a été victime de cette omission : or, l'observation démontre que plusieurs nouveau-nés sont morts d'hémorrhagie, par défaut de ligature du cordon, quoiqu'à la vérité on remarque le contraire dans le plus grand nombre des cas. Chez d'autres enfans dont le cordon ombilical a été mal lié, la mort a eu lieu le jour même, le lendemain, le surlendemain de leur naissance, et même plus tard, parce que la respiration, qui était déjà bien établie, venant à se suspendre, ou devenant gênée, le sang reprenait son cours par les vaisseaux ombilicaux, quoiqu'il eût cessé d'y passer depuis quelques instans, depuis quelques heures et plus (voyez *Mauriceau*, supplément de ses Observations, et les tomes V et XII du Recueil périodique de la Société de médecine) ; d'où il suit évidemment qu'il est utile de pratiquer la ligature, et qu'une femme déjà mère, comme le dit Rose, et élevée dans l'opinion de la *nécessité absolue* de lier le cordon, encourt l'accusation d'infanticide, s'il est prouvé qu'elle a omis volontairement cette opération.

Les médecins qui pensent que la seule omission de la ligature ne doit jamais causer la mort du nouveau-né, ne nient point qu'un enfant dont le cordon n'a pas été lié ne puisse succomber à une hémorrhagie ombi-

licale. « Si l'on nous présentait, dit M. Capuron, le cadavre d'un enfant pâle, exsangue, couleur de cire, nous regarderions l'hémorrhagie comme l'effet non de l'omission de la ligature, mais des obstacles qui ont empêché ou supprimé la respiration et la circulation. (Médecine légale, pag. 369.) Tout en admettant que l'hémorrhagie est l'effet de la suppression de la respiration, nous ne saurions adopter une pareille proposition, car il est prouvé que l'art possède des moyens de rétablir la fonction supprimée, et que l'enfant aurait pu ne *pas succomber* à l'hémorrhagie, si l'on eût pratiqué la ligature du cordon.

Signes de l'hémorrhagie ombilicale après la naissance. Aux caractères qui annoncent que l'enfant a respiré se joignent la pâleur du cadavre, qui est couleur de cire, la vacuité et l'affaissement du système sanguin, des ventricules et des oreillettes du cœur, des artères, des veines, la décoloration des muscles et des viscères.

Nous devons à Rose un certain nombre de remarques utiles sur le sujet qui nous occupe : 1° l'hémorrhagie est d'autant plus considérable que le cordon a été divisé plus près de l'abdomen de l'enfant. 2° Elle est plus redoutable quand la section à été faite avec un instrument tranchant, que dans le cas de rupture ou de déchirement; on n'a même rien à craindre si le cordon déchiré présente des traces d'ecchymose et de coagulation sanguine : on sait que les animaux mâchent le cordon de leurs petits, qui ne succombent jamais à l'hémorrhagie ombilicale. 3° L'époque à laquelle la division du cordon a été faite influe beaucoup sur les dangers qu'entraîne l'omission de la ligature; si l'en-

fant n'a ni respiré ni crié, l'hémorragie est plus considérable que dans le cas contraire. 4° Il ne faudra point conclure qu'un nouveau-né, pâle et exsangue, n'a point succombé à l'hémorragie ombilicale, parce que le cordon ombilical aura été lié; il est possible, en effet que la ligature n'ait été pratiquée par une mère coupable qu'après avoir laissé couler tout le sang de l'enfant, et rien n'empêche que cette femme, pour mieux faire prendre le change, ne lave le plancher et les autres objets teints de sang, et ne substitue aux linges ensanglantés qui couvrent l'enfant, des vêtemens qui n'offrent aucune trace de ce fluide; 5° on n'affirmera point qu'un enfant *dont le cordon ombilical n'a pas été lié*, ait péri par le fait seul de l'omission de cette ligature; car il est possible qu'il n'y ait point eu d'hémorrhagie si l'abdomen a été exposé à l'action d'un froid très-vif, s'il a été comprimé par un bandage, ou si les vaisseaux ombilicaux étaient conformés de manière à prévenir la perte de sang, etc. Mais en supposant même que l'état du cadavre prouvât que la mort est le résultat d'une hémorrâgie, on ne pourrait affirmer que l'écoulement du sang fût la suite de l'omission de la ligature, qu'autant qu'on ne trouverait aucune autre lésion susceptible de rendre raison de la perte de sang, que le corps du nouveau-né serait bien constitué et le cordon ombilical non flétri, non affaissé; qu'autant enfin qu'il serait bien établi que cet écoulement n'est pas le résultat d'un décollement trop précipité du placenta ou du déchirement du cordon ombilical pendant l'accouchement, surtout lorsque l'expulsion du fœtus est subite et suivie d'une syncope de la mère. Nous citerons à

l'appui de cette proposition l'exemple suivant, observé par Rœderer, qui mérite de fixer toute l'attention du médecin. Le placenta se décolle et le cordon ombilical se rompt pendant le travail ; l'enfant, qui avait respiré aussitôt que la tête eut franchi la vulve, périt pendant l'accouchement ; il était inutile de lier le cordon ombilical. Que l'on juge maintenant de l'erreur dans laquelle serait tombé le médecin qui aurait ignoré ces différentes circonstances, et qui aurait attribué la mort du nouveau-né à l'omission de la ligature, fondé sur ce qu'il avait vécu et qu'il était mort d'hémorrhagie.

La température de l'atmosphère. Il est avéré que dans les hospices de maternité il périt un plus grand nombre d'enfans en hiver qu'en été, ce qui ne peut être attribué qu'à l'impression vive qu'ils reçoivent de l'air froid; il est donc évident que si l'on expose les nouveau-nés peu ou point vêtus à l'action d'une atmosphère froide, sur le sol, sur des pierres, etc., ils pourront succomber au bout d'un certain temps, et que le délaissement de ces infortunés constituera un véritable infanticide par omission. Le lieu où l'enfant a été trouvé, la saison, l'immobilité, la raideur, la lividité, la contracture du corps, la congestion sanguine dans les gros vaisseaux et dans les oreillettes, la dilatation des poumons, qui nagent sur l'eau, l'absence des lésions produites par une violence extérieure, sont autant de caractères qui mettront le médecin à même de juger la véritable cause de la mort. Le nouveau-né peut encore périr pour avoir été abandonné dans un endroit fort chaud, près d'un foyer ardent, à l'action du so-

teil, etc., surtout s'il est entouré de matières végétales et animales en putréfaction.

Inanition. L'abstinence qui se prolonge pendant plus de vingt-quatre heures peut être funeste à l'enfant qui vient de naître; car, en général, les individus périssent d'inanition d'autant plus vite qu'ils sont plus jeunes. Il résulte de là que lors même que le nouveau-né serait délaissé nu ou presque nu, dans une atmosphère tempérée qui lui permettrait de vivre, pendant quelques-jours, il pourrait mourir de faim : à la vérité, dans le plus grand nombre de cas, les enfans ainsi abandonnés succombent à l'action de ces deux causes, l'abstinence, et la rigueur de la température. La vacuité de l'estomac et des intestins, et plusieurs des considérations indiquées précédemment en parlant des excès de température, serviraient à éclairer le médecin.

Il importe, avant de terminer cet article, de décider *si une femme qui accouche ou qui vient d'accoucher est en état de prévoir et de donner à son enfant tous les soins nécessaires.*

L'énumération des secours qu'il importe souvent de prodiguer aux nouveau-nés (*voyez* pag. 299) prouve évidemment que la mère sera hors d'état de les donner, si elle a ignoré qu'elle fût enceinte, ou si elle a été surprise par les douleurs de l'enfantement dans un endroit isolé où elle manquait de tout ce qui est nécessaire pour lier le cordon ombilical, etc., si elle est tombée en défaillance à la suite d'une hémorrhagie considérable, comme cela peut avoir lieu surtout lorsque le placenta s'insère sur l'orifice de la matrice; si elle a eu des convulsions violentes; si elle est

accouchée pendant une attaque d'apoplexie, ou lorsqu'elle était dans un état de syncope, de mort apparente ou d'assoupissement profond: il arrive quelquefois, pendant que la femme est dans un état de syncope, qu'il se manifeste des mouvemens convulsifs dans les membres de l'enfant; et qu'il y a rupture du cordon ombilical et hémorrhagie mortelle, surtout lorsque le cordon est entortillé autour des membres; il faut dans ce cas déterminer attentivement si le cordon a été rompu ou coupé. Pourrait-on espérer qu'une personne inexpérimentée dont le premier accouchement serait très-prompt, et qui serait privée de toute assistance, empêchât l'enfant d'être lancé sur le sol et de se donner la mort, si le cordon ombilical venait à se déchirer; n'en serait-il pas de même d'une femme primipare ou non, qui accoucherait à la suite d'une chute, d'un coup, ou de tout autre accident *imprévu*? Devrait-on accuser impitoyablement une mère qui alléguerait avoir éprouvé des convulsions et avoir déchiré le cordon du nouveau-né qu'elle aurait foulé involontairement aux pieds? Cette excuse, pour être moins recevable que les précédentes, n'en mériterait pas moins quelque considération.

Avant de prononcer dans les cas difficiles dont nous parlons, l'homme de l'art commencera par s'assurer si l'état actuel de la femme répond à ce que l'on observe le plus ordinairement après la syncope, l'hémorrhagie, les convulsions, et il appréciera à leur juste valeur les divers motifs d'excuse.

DIX-NEUVIÈME LEÇON.

Infanticide par commission.

Les causes violentes et criminelles qui peuvent déterminer la mort du *nouveau-né* sont fort nombreuses; les plus remarquables sont les plaies de tête, l'acupuncture, la détroncation, les vastes blessures, les fractures des membres ou leur section complète, la luxation des vertèbres cervicales, la torréfaction; l'asphyxie résultat de l'enfouissement dans un coffre, de l'oblitération des cavités nasales et buccales, ainsi que des voies aériennes, et de la submersion; l'empoisonnement par des gaz délétères, etc. Les manœuvres auxquelles on a plus particulièrement recours pour arracher la vie à un enfant *naissant* sont, l'écrasement de la tête entre les cuisses avant que l'accouchement ne soit terminé, l'introduction d'une aiguille très-déliée à travers les fontanelles ou les sutures; la torsion du col après la sortie de la tête; la détroncation; l'étranglement avec les mains ou avec un cordon, etc. L'examen détaillé de chacune de ces causes doit être renvoyé aux *blessures*, à l'*asphyxie* et à l'*empoisonnement par les gaz*; nous ne devons faire mention ici que des objets qui se rapportent plus particulièrement à l'infanticide.

Blessures. On cherchera à déterminer si elles ont été faites avant ou après la mort du nouveau né; s'il y a des ecchymoses, on jugera, d'après leur couleur, si elles ont été produites peu de temps ou long-temps

avant la mort et on évitera de confondre avec ces lésions, les lividités cadavériques, et les vergetures. (Voyez *blessures* et *mort.*) Les *ecchymoses* et les *plaies* de tête, avec ou sans fracture des os du crâne, pouvant être le résultat de manœuvres criminelles, de l'application du forceps ou d'autres instrumens employés pour terminer l'accouchement, de la longueur du travail, de la chute rapide sur le sol, etc.; on ne se hâtera point de prononcer sur la cause qui les a produites, et on n'oubliera point que la présence des tumeurs à la tête indique *en général* que l'enfant était sorti vivant de l'utérus, et qu'il est souvent possible de distinguer si ces tumeurs sont le résultat de la longueur du travail ou d'une violence extérieure. (*Voyez* pag. 291.) Une vaste plaie contuse, compliquée de fracture des os et d'épanchement de sang dans le crâne sera presque toujours l'indice d'une manœuvre criminelle.

Lorsqu'on cherchera à reconnaître si la mort est le résultat de l'*acupuncture*, on examinera attentivement, 1° si l'aiguille n'a pas été enfoncée dans le cerveau par les narines, les oreilles, les tempes, les fontanelles, les sutures, ou dans la moelle épinière par l'espace qui sépare les vertèbres cervicales, ou dans le cœur par la région thoracique gauche, au-dessous du sein, ou dans les viscères abdominaux par le rectum et le bassin; 2° si la partie piquée présente ou non des ecchymoses. On ne saurait prendre trop de précautions; on rasera les poils, on sondera attentivement les ouvertures, et si on n'apercevait à l'exterieur aucune trace de piqûre, on ouvrirait le cadavre pour s'assurer qu'un ou plu-

sieurs organes ont été blessés; et, en supposant que l'on découvrît une lésion de ce genre, on en suivrait les traces du dedans au dehors jusqu'à ce que l'on fût parvenu au point extérieur par lequel l'instrument a été introduit.

La *section* complète d'un ou de plusieurs membres, la *détroncation*, la *luxation* des vertèbres cervicales ou d'autres os, les *fractures*, etc., sont autant de moyens que l'on a employés pour arracher la vie à des nouveau-nés. La section complète d'un membre, opérée sur un enfant vivant, prouve évidemment qu'il y a eu *infanticide* : il s'agira donc de constater si la blessure a été faite avant ou après la mort. La *détroncation* et la *luxation des vertèbres cervicales* peuvent aussi bien être l'effet de tiraillemens violens exercés par l'accoucheur, que de manœuvres criminelles; il faudra donc avant de porter un jugement, chercher à connaître quelle a été la nature de l'accouchement. Les *luxations des autres os*, lors même que l'on serait convaincu qu'elles ont eu lieu du vivant de l'enfant, ne prouvent point qu'il y ait eu violence extérieure, puisqu'elles peuvent survenir chez les fœtus encore renfermés dans le sein de leur mère : n'a-t-on pas vu des enfans naissans qui avaient les deux cuisses, les deux genoux, les deux pieds et les trois doigts de la main gauche luxés? M. Chaussier rapporte qu'il y avait une luxation complète de l'avant-bras gauche chez un enfant vivant qui venait de naître : l'accouchement avait été *facile*, mais la mère avait ressenti, vers le commencement du neuvième mois de la grossesse, des mouvemens très-brusques et très-violens. Toutefois, comme ces luxations

spontanées sont assez rares, on devra être porté à présumer que le nouveau-né a été l'objet de quelque violence, si on découvre une altération de ce genre, et que l'on soit convaincu qu'elle n'est pas l'effet des efforts exercés sur les membres pendant le travail. Comme les luxations, les *fractures* sont quelquefois spontanées; M. Chaussier a pu compter cent trente lésions de ce genre sur le squelette d'une petite fille qui avait vécu vingt-quatre heures; l'accouchement avait été facile; plusieurs autres observateurs ont rapporté des faits analogues : on sait d'une autre part que les fractures des os longs peuvent être la suite des tiraillemens exercés par l'accoucheur; enfin, nous avons déjà dit que les contractions utérines seules pouvaient déterminer la fracture des pariétaux, etc., lorsque le travail était long. (*Voy.* page 288.) Ce serait donc à tort que l'on conclurait qu'il y a eu infanticide, d'après l'existence seule de ces sortes de lésions; il faudrait avant s'assurer que la fracture n'est le résultat d'aucune des causes dont il vient d'être fait mention.

On n'ignore pas que l'emploi des doigts, des lacs, des crochets mousses, etc., a été quelquefois suivi de contusions aux poignets, aux malléoles, aux aines, aux aisselles, etc.; il serait par conséquent absurde de regarder de pareilles traces comme étant constamment le résultat de manœuvres criminelles; mais ce qu'il importe surtout de savoir, c'est qu'une femme qui accouche seule, peut *innocemment* meurtrir le nouveau-né avec ses mains, et il faut alors, de la part du médecin, une grande sagacité pour rapporter à leur véritable cause les blessures qu'il a constatées :

souvent même il est obligé d'avoir recours à une foule de considérations qu'il serait impossible de détailler ici, tant elles sont variées. Le fait suivant, célèbre dans les fastes de l'art, est relatif à un cas de ce genre.

« *Marguerite Granger*, accusée d'infanticide, avait déclaré qu'elle était tombée, neuf jours avant ses couches, n'étant pas tout-à-fait à terme, et qu'elle était accouchée seule dans son lit, une heure après s'y être mise, et quatre heures après la première douleur. Elle prétendit qu'elle n'avait pas entendu crier son enfant au moment de la naissance, qu'elle ignorait comment elle avait rompu le cordon ombilical, *quels efforts elle avait pu faire* sur l'enfant, en l'arrachant elle-même de son sein. C'était sa première couche. On la vit les mains teintes de sang après l'accouchement, et la délivrance eut lieu quatre heures plus tard. Elle déclara qu'elle n'avait pas été bien sûre de sa grossesse, et que son chirurgien avait partagé son opinion. Nulle trace de sang n'avait été reconnue par le juge de paix dans aucun endroit, ni sur aucuns des meubles du cabinet où cette fille couchait, et d'où elle n'était pas sortie. Le rapport des médecins portait, « que le corps de « l'enfant était sain et sans corruption; qu'il leur pa- « raissait être venu à terme, que le cordon n'avait été « ni lié ni coupé, mais déchiré à un pouce et demi du « ventre; qu'il existait une ecchymose répandue tant « sur la tête qu'au cou et à la poitrine, principalement « du côté gauche; qu'ils avaient observé *vingt-quatre* « *à vingt-cinq blessures* ou *meurtrissures*, longues la « plupart de quelques lignes; les plus longues n'excé-

« dant pas dix-huit lignes, dont quelques-unes affec-
« taient une forme circulaire; les autres étaient droites,
« n'ayant pas toutes plus d'une ligne de largeur, situées
« sur les différentes parties de la face, excepté six, ré-
« pandues au col et à la partie supérieure de la poi-
« trine : *ce qui leur avait fait présumer que la tête de*
« *cet enfant avait pu être lancée contre quelque corps*
« *étranger et dur, dont les impressions étaient inégales ;*
« qu'ayant examiné la bouche, ils avaient vu la mâ-
« choire inférieure divisée en deux, et fracturée à sa
« symphyse, *laquelle séparation avait pu provenir des*
« *efforts faits pour empêcher l'enfant de crier, ou pour*
« *l'étouffer*; qu'ils avaient aperçu au-dessus de l'oreille
« gauche une dépression ou enfoncement qui n'exis-
« tait point au côté droit, et n'était pas ordinaire ;
« qu'ils s'étaient déterminés à ouvrir la tête, et avaient
« reconnu le pariétal gauche enfoncé dans sa partie
« inférieure ; qu'à l'ouverture du crâne, il s'était écoulé
« beaucoup de sang liquide, ce qui n'aurait pas eu
« lieu si l'enfant fût mort avant que de naître, et s'il
« n'avait pas été contus, parce qu'on avait trouvé beau-
« coup de sang extravasé à la base du crâne ; que pour
« s'assurer davantage si l'enfant était vivant, en venant
« au monde, ils avaient ouvert la poitrine, à l'inspec-
« tion de laquelle ils s'étaient convaincus que le pou-
« mon avait été dilaté et gonflé par l'air extérieur : ce
« qui prouvait qu'il était né vivant en sortant de la
« matrice. » En conséquence, les médecins pronon-
cèrent qu'il y avait eu infanticide, et la femme fut
condamnée à mort par le tribunal criminel du dépar-
tement de l'Yonne.

« MM. Bourdois, Baudelocque, six médecins et trois chirurgiens de Troyes, ainsi que M. Fodéré, furent consultés en même temps: leurs rapports offrant les mêmes conclusions, nous nous bornerons à faire connaître celui de M. Fodéré, qui chercha d'abord à établir que les vingt-quatre ou vingt-cinq lésions peu étendues auxquelles les experts donnaient indifféremment et mal à propos le nom de *blessures* ou *meurtrissures*, n'avaient rien de commun avec un choc, et qu'elles annonçaient plutôt la manière dont la fille s'était délivrée et les armes dont elle avait fait usage pour cela; que la division de la symphyse de la mâchoire inférieure attestait seulement les efforts que l'accusée avait dû faire, au milieu des plus violentes douleurs, pour se délivrer par tous les moyens possibles d'un premier enfant; que l'enfoncement du pariétal et la dépression observée au-dessus de l'oreille étaient un effet assez ordinaire de l'accouchement; que le sang fluide épanché à la base du crâne se rencontrait chez tous les enfans dont la tête était restée long-temps au passage, et qui avaient péri dans cette pénible fonction; que, d'ailleurs, les ventricules cérébraux des nouveau-nés contenaient ordinairement beaucoup de sérosité rougeâtre, et le cerveau beaucoup de sang; qu'ainsi il était absurde d'en inférer que l'enfant était né vivant; que le défaut des épreuves respiratoires empêchait d'établir cette dernière conséquence, laquelle était, d'ailleurs, écartée par l'état du cordon ombilical, rompu très-près du ventre, qui aurait sans doute donné lieu à une hémorragie dont on aurait observé les traces si l'enfant était né vivant; mais que précisé-

ment parce qu'il n'avait pas donné une seule goutte de sang, c'était une preuve que l'enfant était mort en naissant, s'il ne l'était pas déjà avant que de naître. La femme fut acquittée. » (*Capuron*, Médecine légale, p. 350.)

La lecture du mémoire consultatif de M. Fodéré fait naître de nombreuses réflexions. On voit d'abord combien le premier rapport des médecins est incomplet, mal rédigé et loin d'autoriser les conclusions qui le terminent : aussi devait-on parvenir facilement à en faire sentir toute la nullité. Les moyens employés par le professeur de Strasbourg pour rendre la liberté à l'accusée sont en général basés sur des faits dont on ne saurait contester l'importance et la vérité; il en est cependant quelques-uns dont la valeur peut être discutée, et il nous paraît d'autant plus essentiel de le faire, que la réputation dont jouit l'auteur qui les a mis en avant pourrait porter les médecins qui seraient appelés dans des cas analogues, à prendre pour modèle le mémoire qu'il a rédigé. Après avoir établi que les vingt-quatre ou vingt-cinq blessures n'avaient rien de commuu avec un choc, M. Fodéré ajoute *qu'elles annoncent plutôt la manière dont la fille s'était délivrée, et les armes dont elle avait fait usage pour cela*; ces armes étaient sans doute les mains et les ongles; et dès lors n'était-il pas nécessaire d'examiner si les coups d'ongle avaient été donnés dans un dessein criminel? Nous avons été chargés, il y a deux ans, de déterminer la nature de dix ou douze blessures semblables que présentait le bras gauche d'un fœtus de huit mois; nous reconnûmes qu'elles avaient été faites par des ongles, et le magistrat ne tarda pas à

se convaincre que les coups avaient été portés par la mère, après la naissance de l'enfant. M. Fodéré ajoute *que si l'enfant était né vivant, il aurait perdu beaucoup de sang par le cordon ombilical, qui avait été rompu très-près du ventre, et que précisément parce qu'il n'avait pas donné une seule goutte de sang, l'enfant était mort en naissant ou peu avant de naître.* Mais il est dit expressément dans le rapport des premiers médecins, *que le cordon ombilical n'avait été ni lié, ni coupé*, mais *déchiré* à un pouce et demi du ventre : or la déchirure du cordon peut n'être pas suivie d'un écoulement sanguin considérable, si l'extrémité déchirée présente des traces d'ecchymose et de coagulation. Et comment M. Fodéré a-t-il pu assurer que le cordon n'avait pas donné *une seule goutte de sang;* est-ce parce que le juge de paix n'en avait reconnu aucune trace sur les meubles du cabinet? Cette preuve est loin d'être concluante, parce qu'on aurait pu laver les taches formées par le sang qui se serait écoulé. Mais admettons qu'il en fût ainsi, serait-il permis d'affirmer qu'un enfant serait mort-né, parce que la portion rompue du cordon ombilical n'aurait point fourni une seule goutte de sang, lorsqu'on sait que dans beaucoup de cas où le le cordon n'est coupé qu'après que la respiration a été parfaitement établie, il n'y a aucun écoulement de sang par l'extrémité coupée du cordon?

La *torréfaction* est encore un des moyens que la scélératesse pourrait mettre en usage pour détruire le nouveau-né; les ravages occasionés par le feu peuvent être tels que le corps soit entièrement consumé; s'il n'en est pas ainsi, on cherchera à découvrir s'il y a des

phlictènes, altération qui dénote manifestement que l'enfant était vivant lorsqu'il a été brûlé; il peut se faire aussi qu'une assez grande partie des poumons ait échappé à l'action du feu pour que l'on puisse constater qu'ils sont plus légers que l'eau, et présumer par là qu'il y avait eu respiration. Du reste, il est évident que dans des cas semblables tous les efforts de l'homme de l'art ne peuvent servir qu'à établir si le nouveau-né a été brûlé avant ou après sa mort; c'est au magistrat à chercher ailleurs que dans les sciences médicales s'il y a eu meurtre, et quel en a été l'auteur.

Asphyxie. Il est des cas où il est impossible de méconnaître qu'il y a eu asphyxie, et que la mort du nouveau-né a été criminelle; c'est lorsque celui-ci a été trouvé enfoui dans un coffre, noyé dans une liqueur quelconque, ou lorsque la bouche et les narines ont été bouchées par du foin, de la paille, de la boue, etc. La cause de la mort est plus difficile à découvrir si l'enfant sur lequel on n'a aucune espèce de renseignement a été suffoqué sous des couvertures ou des matelas, par la compression de la trachée-artère avec des doigts, avec un lac, ou par l'application de l'épiglotte sur la glotte. Il faut alors examiner attentivement si l'enfant a vécu, si le frein de la langue n'est pas déchiré, si la langue n'a pas été repoussée, renversée sur l'épiglotte, s'il n'y a point des signes manifestes de congestion cérébrale, si les tégumens du col n'offrent point d'excoriation, de taches brunes, etc. (Voy. *Asphyxie.*) La forme et la situation de ces taches devront surtout être notées avec le plus grand soin; sont-

elles circulaires, obliques, ou ressemblent-elles à des empreintes digitales; sont-elles situées à la partie inférieure, moyenne, ou supérieure du corps; sont-elles larges ou étroites. Mais faudra-t-il conclure de la seule présence de ces taches que l'enfant a été assassiné? Non certes, car elles peuvent être le résultat de la compression exercée sur le col par l'orifice de l'utérus ou du vagin, ou par le cordon ombilical; d'où il suit qu'il importe de distinguer la cause qui les a produites. D'après Ploucquet, l'étranglement par l'orifice de l'utérus ou du vagin et par le cordon ombilical, accompagné de l'excoriation de l'épiderme et l'ecchymose qui en résulte, est uniforme sur tous les points, tandis que si l'on a fait usage d'un lacet, d'un cordon, l'épiderme est excorié, et l'ecchymose est inégale dans sa forme et sa profondeur. Plusieurs auteurs, mais surtout Rose et MM. Marc et Capuron, se sont élevés contre l'assertion de Ploucquet; il n'est pas prouvé, disent-ils, que, dans l'étranglement qui a eu lieu pendant le travail, la peau ne puisse jamais être excoriée et l'ecchymose inégale; en effet, il suffit pour produire ce dernier effet que la main de l'enfant soit placée à côté du col lorsque celui-ci est serré par l'orifice de l'utérus : d'une autre part, il est possible d'admettre que, dans le cas de violence extérieure, lorsqu'on apporte toute l'attention convenable, la compression par un lacet très-uni soit aussi uniforme et aussi égale que celle qu'exercent le col de l'utérus ou le cordon ombilical. Les caractères indiqués par Ploucquet étant évidemment insuffisans pour résoudre la question, dans beaucoup de cas il faudra

nécessairement avoir recours à des moyens d'un autre genre que nous ferons connaître au mot ASPHYXIE.

Si, comme il est arrivé quelquefois, le nouveau-né avait été exposé à l'action du gaz acide sulfureux (soufre qui brûle), il faudrait examiner attentivement la couleur et l'odeur de la bouche et des voies aëriennes, s'il y a ou non des traces d'inflammation, etc. Il a été remarqué par Hallé que le cœur des animaux empoisonnés par ce gaz est petit, contracté, dur et d'un rouge vif; toutefois ce caractère n'est pas assez tranché pour que l'on puisse en tirer grand parti en médecine légale.

La mort déterminée par le gaz des fosses d'aisance serait reconnue aux signes indiqués à la page 330 du tome II.

§ VII.

En admettant qu'un enfant dont on a trouvé le corps ait été tué, est-il possible de prouver qu'il appartient à la femme que l'on accuse, et qu'elle est l'auteur du meurtre?

On sent combien il serait important de pouvoir décider ces deux questions; mais malheureusement tous les efforts des médecins échouent pour résoudre la dernière; et, relativement à l'autre, ce n'est qu'avec la plus grande difficulté qu'il parvient à établir quelquefois *qu'un enfant n'appartient pas à la femme qu'on accuse, ou qu'il peut lui appartenir.* Voici les cas où il est permis à l'homme de l'art de porter un pareil juge-

ment. S'il reconnaît qu'une femme est accouchée depuis deux ou trois jours seulement, tandis que la naissance de l'enfant date de cinq, huit, douze ou quinze jours, ou, ce qui revient au même, que l'âge du nouveau-né ne se rapporte aucunement à l'époque où l'accouchement a eu lieu, il déclarera que l'accusée n'est point la mère ; à plus forte raison il se conduira de même s'il trouve que, loin d'être accouchée, la femme n'a jamais été enceinte. Si, au contraire, le nouveau-né est âgé de deux ou trois jours, et que l'accouchement soit récent, ou, en d'autres termes, si l'âge de l'enfant se rapporte à l'époque présumée, il sera permis de dire qu'il *peut* appartenir à la femme accusée. D'où il résulte que la solution de ce problème repose tout entière sur les faits dont nous nous sommes déjà occupés dans plusieurs autres questions que nous nous bornerons à rappeler. *Comment reconnaître*, 1° *s'il y a eu grossesse?* 2° *si une femme est accouchée?* 3° *l'époque de l'accouchement?* ce que l'on détermine en ayant égard aux suites des couches et à l'état des organes génitaux; 4° *le moment où l'enfant est né?* ce qui suppose que l'on connaît pendant combien de temps il a vécu, et depuis quand il est mort. Il est même nécessaire de déterminer si l'enfant *était à terme* au moment de la naissance, quelles étaient ses dimensions, etc.; admettons en effet que l'on éprouve d'assez grandes difficultés à reconnaître si la femme est accouchée depuis peu de jours, pour être porté à nier l'accouchement, ne faut-il pas, avant d'énoncer un pareil jugement, examiner si l'obscurité ou l'absence des signes de l'accouchement ne tient pas à ce que le produit ex-

pulsé étant un avorton, ou un fœtus à terme, peu développé, les organes de la génération n'ont pas souffert une grande dilatation, etc.

Résumé sur l'Infanticide.

L'importance du sujet que nous venons de traiter mérite que nous lui consacrions encore quelques lignes; une analyse rapide des objets qui doivent fixer l'attention du médecin dans une question de ce genre, ne sera pas sans intérêt. Pénétrons-nous bien de cette vérité, que, dans la plupart des cas, le sort des accusés est entre nos mains; et quelle que soit l'horreur que nous inspire le crime d'infanticide, n'oublions pas que nous ne devons jamais conclure qu'il a été commis, qu'autant que nous en sommes convaincus. Sans doute que certains coupables échapperont au glaive de la justice, parce qu'il nous aura été impossible d'établir l'existence matérielle du crime, mais aussi serons-nous assurés de n'avoir jamais contribué à la condamnation d'un innocent.

1° Quand on est appelé pour faire un rapport sur le cadavre d'un nouveau-né, inconnu et abandonné dans un champ, une rue, une place publique, etc., on doit l'examiner avec autant d'attention que dans le cas où la mère serait connue; en effet, il serait possible que le zèle des magistrats ne tardât pas à être couronné d'un plein succès, en découvrant qu'une femme est récemment accouchée, et que tout porte à croire que l'enfant délaissé lui appartient.

2° Après avoir noté tout ce qui est relatif aux ob-

jets qui entourent le cadavre, à sa situation, au lieu où il a été trouvé et aux autres circonstances qui seront indiquées avec soin à l'article *Ouverture des cadavres* (*voyez* MORT.); on examine attentivement la longueur, le poids de l'enfant, la peau, le cordon ombilical, les cheveux, les ongles, les paupières et tout ce qui peut contribuer à déterminer son âge au moment de la naissance (*voyez* pag. 51); on tient compte des lésions extérieures, de l'état plus ou moins avancé de putréfaction, etc.; si on néglige ces détails et que l'on procède de suite à l'ouverture du cadavre, on s'expose à ne plus pouvoir constater plus tard les caractères que la surface du corps présente, pour parvenir à résoudre plusieurs questions importantes.

3° On cherche à découvrir la cause de la mort. Le nouveau-né a pu périr *avant de sortir de l'utérus*, ce que l'on reconnaît quelquefois à la simple inspection du fœtus, tandis qu'on ne peut y parvenir dans certaines circonstances qu'en examinant avec la plus grande attention les signes fournis par la femme qui vient d'accoucher, l'état des divers organes du cadavre et de l'arrière-faix. On aurait tort de croire qu'il suffit d'établir qu'il n'y a au sommet de la tête du fœtus ni tuméfaction ni ecchymose, ou que les poumons se précipitent au fond de l'eau, pour être certain que la mort a eu lieu dans l'utérus, puisque d'une part on a vu des altérations de ce genre sur la tête d'enfans morts dans la matrice, tandis qu'elles manquent souvent chez d'autres qui ont vécu après la naissance, et que d'une autre part on sait que les poumons peuvent se précipiter au fond de l'eau, quand l'enfant est mort

en naissant et même quand il a respiré après la naissance. *Le nouveau-né a pu périr pendant l'accouchement*, ce qui dépend de la difficulté et de la longueur du travail, de la compression du cordon ombilical, ou de son entortillement autour du col, de l'hémorragie qui suit le décollement du placenta, de la faiblesse du fœtus, des manœuvres que l'accoucheur a tentées pour délivrer la femme et qui ont exigé l'emploi du forceps, des crochets, des perce-crânes, etc, ou de tentatives criminelles comme l'acupuncture, la torsion de la colonne vertébrale, la suffocation, etc. Des notions précises sur la nature, le mode et la durée de l'accouchement, pourront seules guider l'homme de l'art dans la solution d'un problème aussi épineux. Rappelons toutefois que l'enfant peut avoir respiré au passage, et par conséquent que la surnatation des poumons ou de leurs fragmens ne suffit point pour prouver qu'il n'est pas mort avant de naître. *Le nouveau-né a pu périr après la naissance* : *a* parce qu'il était monstrueux, faible, atteint d'une maladie grave, ou parce qu'il a été lancé sur le pavé, dans un accouchement très-prompt, qu'il y ait eu ou non rupture du cordon ombilical ; *b* parce qu'on a omis de lui donner les secours nécessaires, et qu'il a succombé à l'asphyxie, à l'inanition, à l'hémorragie ombilicale, ou à l'action d'un froid trop vif ou d'une chaleur trop intense. Il importe alors de rechercher si l'omission des soins a été volontaire, ou si la mère se trouvait dans l'impossibilité de les prodiguer, comme cela pourrait arriver, si elle avait ignoré sa grossesse et qu'elle eût été surprise par les douleurs de l'enfantement dans un lieu

isolé ; si elle était accouchée sans le savoir par une des causes indiquées à la page 229 ; *c* parce qu'on a exercé des actes de violence que l'on peut rapporter aux *blessures*, à l'*asphyxie* et à l'*empoisonnement par le gaz*; il est indispensable, dans ce cas, de constater les marques de sévices, et de ne point les confondre avec celles qui sont le résultat du travail de l'accouchement ou de toute autre cause naturelle et spontanée. Nous n'adopterons pas avec certains auteurs, qu'il faille pour établir l'infanticide après la naissance, prouver que l'enfant est né *bien conformé*, *à terme et exempt de maladies* (Capuron); car il existe une foule de vices de conformation qui n'entraînent pas nécessairement la mort ; d'une autre part, des enfans nés entre le septième et le neuvième mois de la grossesse, peuvent vivre et se développer parfaitement ; il en est de même de plusieurs de ceux qui lors de la naissance sont atteints de quelque maladie : la femme qui vient d'accoucher et qui depuis long-temps a conçu le projet de détruire le nouveau-né, est aussi coupable en portant sa main homicide sur un enfant de sept à huit mois, ou sur un autre qui est à terme et mal conformé ou atteint d'une maladie qu'elle est censée ne pas connaître, que sur un fœtus de neuf mois, bien conformé et jouissant en apparence de la meilleure santé. Nous admettrons volontiers qu'une mère peut être excusée d'*avoir laissé périr* son enfant, *faute de soins*, lorsque celui-ci n'était âgé que de cinq à six mois, ou même lorsqu'étant plus près du neuvième mois, il était excessivement difforme ou très-faible, ou atteint de quelques-uns des symptômes qui annoncent une mort prochaine.

Les observations faites sur les poumons, le cœur, le diaphragme, le thorax, etc., dans le dessein de savoir si l'enfant a respiré pendant ou après la naissance, fournissent souvent des résultats propres à induire le médecin en erreur, si elles n'ont pas été recueillies avec la plus grande attention et appréciées à leur juste valeur. Quand même il serait rigoureusement prouvé que la respiration a eu lieu, il ne faudrait conclure que l'enfant a été tué, qu'autant qu'il serait établi qu'il a été victime de quelque omission ou de quelque manœuvre criminelle. (*Voy.* pag. 285.)

4° On s'attache à déterminer depuis quand l'enfant est né. S'il a vécu, on examine d'abord quelle a pu être la durée de la vie extra-utérine, en ayant égard à l'état de la peau, du cordon ombilical, etc.; on cherche ensuite à reconnaître, d'après la rigidité ou la flaccidité des membres, la putréfaction plus ou moins avancée du corps, etc., depuis quand il est mort. Il est inutile de rappeler combien il importe pour juger l'époque de la mort, d'après l'état de décomposition putride, de connaître la température, et de savoir si l'enfant a été délaissé dans un coffre où l'air n'était point renouvelé, dans du sable, dans de l'eau limpide ou bourbeuse, dans du fumier ou dans une fosse d'aisance, la putréfaction ne marchant pas avec la même rapidité dans ces différens milieux et à toutes les températures. — Si l'enfant est mort-né, on parvient à déterminer à peu près l'époque de la naissance, par des moyens analognes. Ces recherches sont utiles lorsqu'il s'agit de décider si le nouveau-né appartient à une femme que l'on sait être accouchée depuis peu de jours et

que l'on soupçonne d'avoir commis le crime d'infanticide ; la nécessité d'explorer attentivement cette femme dans les premiers jours qui suivent l'accouchement, est trop manifeste pour que nous appelions de nouveau l'attention de l'homme de l'art sur ce point. (*Voy.* p. 227).

RAPPORTS SUR L'INFANTICIDE.

Premier rapport. Nous soussigné, docteur en médecine de la Faculté de Montpellier, habitant la ville de Paris, sur la réquisition de M. le procureur du Roi, qui nous a été signifiée par M. X, huissier, nous sommes transporté aujourd'hui 12 avril, à midi, avec M. F, élève en médecine, à la Morgue, pour visiter le cadavre d'un enfant du sexe masculin, que l'on nous a dit avoir été retiré tout nu d'une fosse d'aisance, et pour constater la cause de sa mort.

Le cadavre était froid et sali par l'eau de la fosse dont il offrait l'odeur ; il n'était plus recouvert de cet enduit sébacé que l'on remarque chez les fœtus à terme nouveau-nés ; nous l'avons lavé et nettoyé avec soin. Sa longueur était de dix-huit pouces, il pesait six livres et demie ; le thorax était bombé; le cordon ombilical était flétri et prêt à tomber; son insertion répondait à peu près à la partie moyenne du corps; les testicules étaient dans le scrotum ; les membres abdominaux étaient plus courts que les thorachiques ; les uns et les autres étaient flexibles; la peau de la partie interne des cuisses, des bras et des parties latérales du thorax et de l'abdomen, offrait une teinte violacée, et l'épiderme correspondant à ces parties s'enlevait par une forte pression des pinces; partout ailleurs la peau

paraissait de couleur naturelle et adhérait à l'épiderme ; on ne voyait aucune trace d'ecchymose ni d'autre blessure à la surface du corps ; on s'assurait en palpant les membres, que les os qui en font partie n'étaient ni luxés ni fracturés ; des incisions assez profondes pour mettre ces os à nu, prouvaient qu'il n'y avait point de sang épanché dans le tissu cellaire intermusculaire ; l'extrémité postérieure et inférieure du fémur offrait un noyau osseux.

L'ouverture du cadavre faite suivant les règles de l'art (voyez *Ouverture des cadavres*), a démontré : 1° *pour le crâne*, qu'il n'y avait au sommet de la tête ni bourrelet ni infiltration sanguine ; que les os du crâne se touchaient presque par leurs bords, excepté dans les endroits correspondans aux fontanelles ; que la matière grise du cerveau était parfaitement distincte ; que les vaisseaux de cet organe n'étaient point engorgés ; que les ventricules ne contenaient point de sang, et que l'on n'y voyait qu'une petite quantité de sérosité jaunâtre et limpide ; que le cervelet paraissait dans l'état naturel, enfin qu'il n'y avait aucune trace d'épanchement sanguin dans la cavité du crâne ; 2° *pour le canal vertébral*, que la moelle épinière n'était le siege d'aucune altération sensible ; 3° *pour la bouche et le col*, que les dents étaient encore contenues dans les alvéoles, et que leurs couronnes étaient ossifiées ; qu'il y avait dans la bouche quelques atomes de matière excrémentitielle demi-fluide ; que la langue, le voile du palais, les amygdales et le pharynx semblaient plus rouges que dans l'état naturel ; que le larynx et les vertèbres cervicales n'étaient le siége d'aucune altération, et qu'il n'y

avait aucune ecchymose profonde dans ces parties; 4° *pour le thorax*, que les poumons, d'un rouge pâle, recouvraient en grande partie le péricarde; qu'ils étaient crépitans et qu'ils nageaient sur l'eau, lors même qu'ils étaient mis sur ce liquide avec le cœur; qu'ils n'offraient aucune trace de putréfaction, mais qu'ils étaient gorgés de sang verdâtre fluide, que tous leurs fragmens surnageaient encore après avoir été long-temps comprimés sous l'eau; on pouvait en retirer par cette expression une quantité notable de sang; ils pesaient deux onces et un grain, c'est-à-dire cinquante-deux fois moins que le corps entier environ; qu'il y avait dans la trachée-artère et dans les bronches une petite quantité de matière semblable à celle de la fosse, et beaucoup d'écume; que la membrane muqueuse qui tapisse ces parties était rouge par plaques; que le ventricule droit du cœur contenait beaucoup de sang fluide d'un brun-verdâtre, qu'il y en avait à peine dans le ventricule gauche et dans les oreillettes; que le canal artériel et le canal veineux étaient vides, et leurs parois rapprochées; que le trou de Botal était encore perméable; que le diaphragme était manifestement refoulé vers l'abdomen; 5° *pour le bas ventre*, qu'il y avait dans l'estomac un peu de matière demi-fluide, d'une odeur fétide, qui paraissait être la même que celle de l'eau de fosse; que les intestins et la vessie étaient vides; qu'il n'y avait aucune trace de phlogose dans le canal digestif; que les autres viscères abdominaux paraissaient dans l'état naturel, excepté qu'ils présentaient çà et là une couleur verdâtre; 6° *pour les organes génitaux*, que tout l'appareil générateur était sain.

L'examen le plus scrupuleux des viscères contenus dans les diverses cavités n'a point permis de découvrir le moindre signe de blessure, faite avec un instrument piquant, tranchant ou contondant, ni avec une arme à feu.

Nous pouvons conclure de ce qui précède : 1° que l'enfant dont nous avons examiné le corps, est né à terme et vivant; 2° que sa naissance date d'environ sept à huit jours, du moins l'état du cordon ombilical semble faire croire qu'il a vécu trois ou quatre jours; et l'on peut juger par les changemens survenus à la peau, qu'il est mort depuis trois ou quatre jours environ. (Voyez *Putréfaction dans la fosse d'aisance*, article Mort); 3° qu'il était parfaitement constitué, et par conséquent viable; 4° que tout annonce qu'il a été plongé dans l'eau de la fosse, lorsqu'il était encore vivant (voyez *Asphyxie*); 5° que la mort paraît devoir être attribuée au défaut de respiration et à l'action délétère de l'hydro-sulfate d'ammoniaque contenu dans l'eau; 6° que tout porte à croire que l'accouchement de la mère a été facile. En foi de quoi, etc.

Deuxième rapport. Nous soussigné, etc., requis par, etc., pour constater la cause de la mort d'un enfant du sexe féminin, nous sommes transporté dans la chambre occupée par Mlle N, dans la rue ....., maison n° ..., où nous avons trouvé ladite demoiselle alitée; elle nous a dit être âgée de 20 ans et avoir été surprise par les douleurs de l'enfantement la veille à six heures du soir; qu'après avoir souffert pendant deux heures, elle était accouchée; qu'elle s'était efforcée en vain d'appeler à son secours; qu'elle était

déjà mère d'un autre enfant et qu'elle n'ignorait pas qu'il fallait couper et lier le cordon ombilical, qu'elle avait pratiqué la première de ces opérations avec des ciseaux, mais que, n'ayant point de lien à sa disposition, elle n'avait pu faire la ligature; que d'ailleurs il lui aurait été impossible de s'occuper de son enfant, parce qu'elle s'était délivrée elle-même peu de minutes après l'accouchement, et qu'un instant après elle avait perdu connaissance; enfin qu'elle n'avait recouvré ses sens qu'au bout de deux heures, lorsque l'enfant était déjà mort. Les draps du lit étaient ensanglantés.

Le cadavre de l'enfant était froid et enveloppé dans un linge; on voyait sur l'abdomen et sur les fesses plusieurs plaques de sang desséché, d'un brun-noirâtre; il était recouvert d'un enduit sébâcé fort épais, et n'exhalait aucune odeur putride. Après l'avoir bien nettoyé avec de l'eau, nous nous sommes assuré qu'il était long de 15 pouces 6 lignes, et qu'il pesait 5 livres 12 onces 3 gros; la tête était garnie de cheveux noirs, longs d'environ un pouce; on voyait à son sommet une petite tumeur comme œdémateuse; le thorax était bombé, le cordon ombilical de grosseur ordinaire, nullement flétri ni affaissé, avait été coupé à un pouce environ de l'abdomen, avec un instrument tranchant; en effet, la section était lisse et unie; il n'offrait aucune trace de sang liquide ni coagulé; on voyait qu'il n'avait pas été lié, son insertion répondait à une ligne au-dessus de la moitié du corps. Les membres abdominaux étaient raides et sensiblement plus courts que les thorachiques qui étaient flexibles; ils n'étaient ni luxés ni fracturés,

comme on s'en est assuré en pratiquant des incisions profondes; l'extrémité inférieure du fémur offrait un noyau osseux à sa partie postérieure; les ongles parfaitement formés, recouvraient l'extrémité des doigts. La surface du corps était remarquable par sa pâleur semblable à celle de la cire; il en était de même des lèvres; l'épiderme ne se détachait point; il n'y avait aucune trace d'ecchymose ni d'autre blessure.

L'ouverture du cadavre, faite suivant les règles de l'art, a prouvé que les muscles et les viscères étaient décolorés, que les ventricules et les oreillettes du cœur, les vaisseaux artériels et veineux étaient vides, et qu'en général tout le système sanguin était affaissé; on ne découvrait aucun indice de blessure ni de congestion dans le cerveau, dans le cervelet, dans la moelle épinière, ni dans aucun des organes thorachiques et abdominaux, qui du reste étaient parfaitement conformés; on apercevait déjà la matière grise du cerveau; les os du crâne se touchaient par leurs bords, excepté dans leur portion correspondante aux fontanelles; les poumons, d'une couleur pâle, recouvraient en partie le péricarde; ils étaient crépitans et nageaient sur l'eau lorsqu'on les avait séparés du cœur, même après avoir été comprimés sous ce liquide; ils pesaient 1 once 3 gros, c'est-à-dire 70 fois moins que le corps environ; le canal artériel, le canal veineux et le trou de Botal étaient perméables; le diaphragme était légèrement refoulé vers l'abdomen; l'estomac était vide; le gros intestin contenait beaucoup de méconium d'un brun-verdâtre; la vessie était vide; l'arrière-faix semblait être dans l'état naturel.

Nous croyons pouvoir conclure de ce qui précède : 1° que l'enfant qui fait le sujet de ce rapport, est né à terme ; 2° qu'il était viable ; 3° qu'il a vécu pendant un certain temps ; 4° qu'il a succombé à une hémorragie ombilicale, résultat de l'omission de la ligature du cordon ombilical ; 5° que la demoiselle N, qui avoue ne pas être primipare, ne doit être excusée d'avoir omis de pratiquer cette opération, qu'autant qu'il sera prouvé qu'elle a perdu connaissance peu de temps après l'accouchement, ou qu'elle a été dans l'impossibilité de se procurer les liens nécessaires. En foi de quoi, etc.

Troisième rapport. Nous soussigné, etc. Arrivé dans la chambre, nous avons trouvé la demoiselle X, âgée de 17 ans, alitée, qui nous a dit être accouchée deux jours auparavant d'un enfant à terme, mort ; que les douleurs de l'enfantement avaient été vives et avaient duré pendant cinq heures ; qu'elle accouchait pour la première fois et qu'elle n'avait été secourue que par sa femme de chambre, qui attestait également que l'enfant n'avait donné aucun signe de vie, malgré tout ce qu'elle avait pu faire pour le ranimer. Interrogée sur les moyens qu'elle avait mis en usage pour exciter la respiration chez le nouveau-né, elle nous a répondu avoir fait des frictions sur la partie antérieure du thorax, sur l'épine du dos, sur la paume des mains et sur la plante des pieds, avoir parcouru l'intérieur de la bouche avec ses doigts pour enlever les mucosités, et avoir *insufflé de l'air* de bouche à bouche.

Nous avons d'abord procédé à l'examen de la femme, et nous avons reconnu..... (On parle ici de l'état des mamelles, de la peau et des muscles de l'abdomen, de

l'utérus, de son col, des parties génitales, des tranchées utérines, de la bonne ou de la mauvaise confirmation du bassin, de l'écoulement qui se fait par la vulve, etc.; nous nous bornerons à ce simple énoncé, parce que déjà nous avons donné, à la page 240, quelques modèles de rapport sur l'accouchement.)

D'où il résulte que la demoiselle X, est accouchée depuis deux ou trois jours environ.

On nous a présenté le cadavre d'un enfant du sexe masculin, enveloppé de linges propres, nullement ensanglantés, et prêt à être inhumé; après l'avoir retiré de cette enveloppe nous avons reconnu qu'il était froid, et long de 16 pouces 10 lignes, qu'il pesait 6 livres 1 gros, que la tête était garnie de cheveux assez longs et ne présentait aucune trace de tumeur à son sommet; que le thorax était aplati; le cordon ombilical frais, sans la moindre apparence de sang liquide ni coagulé, était de grosseur ordinaire; il avait été coupé avec un instrument tranchant à trois pouces environ de l'abdomen; en effet, la section était lisse et unie; son insertion répondait à peu près à la moitié du corps; près de son extrémité libre, on voyait un fil double disposé en forme de lien; les membres étaient flexibles, et les ongles parfaitement formés; la surface du corps, recouverte d'un enduit sébacé fort épais, était pâle, excepté dans la région abdominale qui offrait une couleur verte; le cadavre n'exhalait une odeur légèrement fétide que dans cette région; (la température de l'atmosphère était depuis trois jours à environ 8° therm. centig.); l'épiderme ne se détachait point; il n'y avait aucune trace d'ecchymose ni d'autre blessure, comme on s'en

est assuré en examinant attentivement l'extérieur du corps et en pratiquant des incisions profondes ; l'extrémité inférieure du fémur offrait un noyau osseux à sa partie postérieure.

L'ouverture du cadavre, faite suivant les règles de l'art, a prouvé que les os du crâne se touchaient par leurs bords, excepté dans les fontanelles ; que la matière grise du cerveau et du cervelet était formée ; que l'estomac et les intestins grêles étaient vides ; que le gros intestin contenait beaucoup de méconium verdâtre ; que la vessie renfermait une quantité notable d'urine ; que le diaphragme était refoulé vers la poitrine ; que les poumons, d'un rouge-brun, quoique bien conformés, étaient assez peu développés pour ne recouvrir le péricarde qu'en partie, qu'ils contenaient fort peu de sang, et ne pesaient qu'une once 15 grains, qu'ils étaient crépitans dans quelques-unes de leurs parties seulement et qu'ils se précipitaient au fond de l'eau, lorsqu'on les plaçait entiers sur ce liquide ; toutefois en les coupant en plusieurs tranches, on voyait quelques petits fragmens du poumon droit, dont la teinte était moins foncée, nager sur l'eau, même après avoir été comprimés sous ce liquide ; le canal artériel, le canal veineux et le trou de Botal étaient perméables ; le cœur contenait fort peu de sang ; *il était impossible de découvrir sur aucun point la moindre trace de blessure ni de congestion* ; l'arrière-faix était dans l'état naturel.

Il résulte de ce qui précède : 1° que l'enfant qui fait le sujet de ce rapport, est né à terme ; 2° qu'il était viable ; 3° que tout porte à croire qu'il n'a point res-

piré : en effet, la surnatation de quelques petits fragmens du poumon droit, qui ne contiennent qu'une petite quantité de sang, coïncidant avec l'aplatissement du thorax et le refoulement du diaphragme en haut, paraît dépendre plutôt de l'insufflation artificielle que de la respiration; d'autant mieux que le rapport entre le poids du corps et celui des poumons est à peu près tel qu'on le trouve souvent chez les enfans qui n'ont point respiré; 4° que rien n'annonce qu'il soit mort pendant l'accouchement, ni qu'il ait été tué après la naissance; 5° qu'il est probablement mort dans l'utérus peu de temps avant l'accouchement. En foi de quoi, etc.

Quatrième rapport. Nous soussigné, etc. Arrivé dans la chambre, on nous a représenté le cadavre d'un enfant du sexe masculin, que l'on avait trouvé mort sur la voie publique; il était renfermé dans une espèce de sac en toile grise, nullement taché; la tête était enveloppée d'un béguin de toile commune, à l'extérieur duquel on voyait quelques traces de sang; la surface du corps était recouverte d'une chemise de perkale ensanglantée sur plusieurs points, et notamment dans la partie correspondante à l'ombilic: aucun de ces objets ne portait ni chiffre ni lettre.

Nous avons procédé à la visite, et nous avons reconnu que l'enfant était encore chaud, fort bien conformé, long de 17 pouces 2 lignes, et du poids de 7 livres 1 once 2 gros; la peau, d'un blanc légèrement jaunâtre, n'exhale aucune odeur fétide; elle est enduite de la matière sébacée que l'on remarque chez les fœtus âgés de plus de sept mois; elle offre çà et là quelques stries de sang; le thorax est bombé; le cor-

don ombilical, inséré à la partie moyenne du corps, est long d'environ 2 pouces, il n'est point flétri et ne présente aucune trace de ligature ; on voit qu'il a été coupé d'une manière nette par un instrument tranchant ; le scrotum renferme deux testicules ; les membres sont flexibles, les inférieurs sont plus courts que les supérieurs ; ils ne sont le siége d'aucune lésion, comme on s'en assure en pratiquant des incisions profondes : l'extrémité inférieure et postérieure du fémur offre un noyau osseux ; les ongles sont bien formés et recouvrent l'extrémité des doigts ; la tête, garnie de cheveux noirs, longs d'un pouce environ, est plus colorée que les autres parties du corps : on voit sur le front, sur le côté gauche du sourcil, de la paupière supérieure et de la pommette gauche, des contusions et des ecchymoses d'un rouge-brun, de forme irrégulière, longues de deux lignes sur une ligne et demie de large ; l'oreille gauche est rouge, contuse et ensanglantée ; les yeux sont dans l'état naturel, excepté que la conjonctive gauche est rouge ; la lèvre supérieure est recouverte d'une matière sanguinolente qui coule par les narines ; la cavité buccale ne contient qu'une quantité notable de sang ; le crâne est mou, allongé d'avant en arrière, et fortement déprimé dans les régions temporales, dont les pièces osseuses sont très-mobiles : on ne découvre aucune trace de blessure sur les autres parties du corps.

L'ouverture du cadavre, faite suivant les règles de l'art, démontre que les vertèbres, les ligamens qui les unissent et les muscles qui les recouvrent sont dans l'état naturel ; qu'il y a du sang épanché entre le canal

vertébral et la dure-mère, dans toute l'étendue du rachis; que la moelle épinière n'est le siége d'aucune altération; qu'il y a un épanchement considérable de sang liquide et coagulé entre la peau et le péricrâne, surtout vers les pariétaux, qui sont fracturés en plusieurs endroits; on remarque surtout deux fractures anguleuses sur chaque pariétal qui s'étendent l'une de la bosse pariétale jusqu'à l'os frontal, et l'autre du même point à la suture sagittale; il y a en outre, à l'extrémité d'une des fractures du pariétal gauche, une esquille d'environ un tiers de ligne : le périoste est déchiré et décollé dans toutes les parties fracturées; la partie antérieure gauche du coronal est également le siége d'une fracture anguleuse avec esquille et décollement du périoste; la dure-mère est ecchymosée dans toute son étendue, et notamment aux parties correspondantes aux fractures; une quantité considérable de sang noir, en grande partie coagulé, est épanchée entre l'arachnoïde et la dure-mère, entre cette même membrane et la pie-mère, dans les anfractuosités de la face supérieure et postérieure des hémisphères cérébraux, dans les ventricules latéraux, à la base du crâne, et surtout dans les cavités moyennes et postérieures; la consistance du cerveau, dont la matière grise est parfaitement formée, paraît naturelle; les viscères abdominaux ne sont le siége d'aucune altération; l'estomac et les intestins grêles ne contiennent que des mucosités, le gros intestin renferme beaucoup de méconium d'un brun-verdâtre; la vessie est remplie d'urine; les poumons recouvrent en grande partie le péricarde; ils sont roses et crépitans; ils nagent sur

l'eau, lors même qu'ils sont mis sur ce liquide avec le cœur; ils n'offrent aucune trace de putréfaction, et leurs fragmens surnagent encore après avoir été long-temps comprimés sous l'eau; on en retire par cette expression une quantité notable de sang rouge et de mucosités écumeuses; ils pèsent 3 onces 1 gros 3 grains, c'est-à-dire 36 fois moins environ que le corps entier; le cœur est dans l'état naturel; le canal artériel, le canal veineux et le trou interoriculaire (de Botal) sont encore perméables; le diaphragme est refoulé vers l'abdomen.

Ces faits nous permettent de conclure, 1° que l'enfant dont il s'agit est né à terme; 2° qu'il était viable; 3° qu'il a vécu, et que probablement il est venu au monde en présentant la tête, les membres et le siége n'offrant aucune trace d'infiltration ni de congestion; 4° qu'il est mort peu de temps après la naissance; 5° que la mort n'a eu lieu que depuis quelques heures; 6° que les ecchymoses, les fractures et les épanchemens sanguins ont été faits du vivant de l'individu; 7° que la mort est le résultat de ces lésions, qui ne paraissent pas devoir être attribuées à une chute de l'enfant au moment de la naissance, mais qui tiennent plutôt à des violences exercées latéralement sur des points de la tête diamétralement opposés: du moins c'est ce qui semble résulter de la situation, de la forme, de la direction et du rapport des fractures observées au crâne. En foi de quoi, etc.

VINGTIÈME LEÇON.

De l'Avortement.

En médecine légale, on doit définir l'avortement, l'expulsion *préméditée* du produit de la conception, avant le terme voulu par la nature. Voici comment s'exprime le Code pénal.

« Quiconque, par alimens, breuvages, médicamens, violences, ou par tout autre moyen, aura procuré l'avortement d'une femme enceinte, soit qu'elle y ait consenti ou non, sera puni de la réclusion. »

« La même peine sera prononcée contre la femme qui se sera procuré l'avortement à elle-même, ou qui aura consenti à faire usage des moyens à elle indiqués ou administrés à cet effet, si l'avortement s'en est suivi. »

« Les médecins, chirurgiens, et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens qui auront indiqué ou administré ces moyens, seront condamnés à la peine des travaux forcés à temps, dans le cas où l'avortement aurait eu lieu. » (Code pénal, liv. III, art. 317.)

Il résulte des dispositions de cet article, 1° que les auteurs de l'attentat dont il s'agit ne peuvent être poursuivis qu'autant que l'avortement a eu lieu et qu'il a été *produit à dessein*; quelque coupable que soit l'intention de la personne qui a proposé l'emploi des moyens *dits abortifs*, si le crime n'a pas été consommé, la loi n'autorise point les poursuites; 2° qu'il n'est pas nécessaire que le produit de la conception soit au moins âgé de vingt semaines, comme l'indique le code de Charles-Quint, pour que le crime puisse

être établi : en effet, la législation actuelle ne fixe aucune époque ; il suffit que l'on ait pu constater l'avortement ; 3° que la culpabilité est plus grande, si des gens de l'art indiquent ou administrent des moyens capables de produire l'avortement, que lorsque la femme se fait avorter elle-même : les motifs de cette sévérité ont été exposés par l'orateur du gouvernement, qui dit : « Si la femme ne trouvait pas tant de facilité à se procurer les moyens d'avortement, la crainte d'exposer sa propre vie, en faisant usage de médicamens qu'elle ne connaîtrait pas, l'obligerait souvent de différer son crime, et elle pourrait ensuite être arrêtée par ses remords. » (Motifs du Code pénal, liv. III, tit. 3, chap. 1er.)

Le premier et le second paragraphes de l'article 317 du Code pénal sont rédigés de manière à pouvoir être fort injustement interprétés, et il importe d'établir que tel n'a pas été le but du législateur ; en effet, il est absurde d'appliquer la peine de la réclusion à l'homme de l'art qui, pour combattre une maladie aiguë chez une femme enceinte, administre des médicamens plus ou moins actifs qui déterminent l'avortement, ou bien qui, voulant empêcher la femme d'avorter, conseille des moyens qu'il croyait propres à prévenir l'avortement, et qui contre son attente, produisent un effet contraire ; il en est de même du cas ou une femme se procure l'avortement sans intention de le faire, en s'exposant à une foule de causes que l'on a appelées *spontanées*, et parmi lesquelles on peut ranger les odeurs fortes, les vêtemens trop serrés, l'abus des alimens irritans et des liqueurs

spiritueuses, des mouvemens brusques, et un exercice violent, comme la danse, le saut, les courses à pied, à cheval, en voiture, les chutes, etc.; il serait encore impossible de soupçonner la femme qui prouverait avoir ignoré sa grossesse; nous en dirons autant des cas où l'avortement aurait été la suite d'une rixe, de coups ou d'autres violences, si l'agresseur ignorait que la femme fût enceinte, ou si le sachant, il n'avait pas eu l'intention de commettre un pareil attentat, ou la faculté de comprimer un premier mouvement irréfléchi. (*Voyez* BLESSURES.) Ne serait-il pas révoltant de condamner à la peine de la réclusion un accoucheur qui, pour sauver la mère, dans un cas de convulsions ou d'hémorrhagie utérine, procurerait l'avortement en terminant l'accouchement à une époque où il serait difficile de supposer que le fœtus pût vivre après la naissance?

Mais en est-il de même, lorsqu'un homme de l'art provoque l'avortement d'une femme enceinte, *qui n'est pas actuellement en danger*, seulement parce qu'il juge le bassin assez difforme pour que la mort de la mère et de l'enfant arrivent nécessairement si l'on attend le terme de l'accouchement naturel? Ici les opinions sont partagées : les uns regardent comme indispensable de recourir à ce moyen; d'autres le qualifient d'illicite et criminel; il en est enfin qui lui préfèrent l'opération césarienne et la symphyséotomie. M. Fodéré dit que l'avortement *serait permis* dans cette circonstance : voici sur quels motifs il établit son opinion. 1° « On peut *aisément* déterminer l'époque de la grossesse où l'accroissement du fœtus est assez

marqué pour continuer de vivre, sans qu'il le soit assez pour faire périr inévitablement la mère, en traversant le bassin. 2° Des femmes sont heureusement couchées au septième ou au huitième mois de la grossesse, d'enfans vivans, *sans secours extraordinaires*, tandis qu'elles n'avaient pu être délivrées d'*un enfant terme* que par l'opération césarienne ou par la symphyséotomie. 3° Si l'avortement est un *crime* à une époque où le fœtus peut encore franchir les détroits, et où il est censé pouvoir vivre sans occasioner la mort de la mère, il faut appeler aussi de ce nom l'*accouchement* avant terme qu'on provoque chez une femme attaquée de pertes utérines ou de convulsions, et que les défenseurs de l'opération césarienne, d'accord avec l'expérience, regardent comme l'unique moyen de sauver la mère et l'enfant, ou du moins la mère. » Ces motifs, en apparence plausibles, nous semblent avoir éte victorieusement réfutés par M. Capuron, dont nous allons reproduire les principaux argumens. *a* Il est impossible qu'un accoucheur puisse indiquer, *même d'une manière approximative*, en ayant égard à la suppression des menstrues, aux mouvemens du fœtus, au toucher, etc., que les dimensions du fœtus par rapport à celles des détroits du bassin, sont telles qu'il pourra naître vivant et continuer à vivre après la naissance, tandis qu'il périrait plus tard si l'on ne déterminait pas l'avortement. (*b*) Il n'y a point de parité à établir entre l'accouchement naturel, qui a lieu à sept ou à huit mois de grossesse, et l'avortement *provoqué* à la même époque : comment concevoir que l'on puisse déterminer en un ou deux jours, sans danger pour la

mère et pour l'enfant, l'assouplissement du col, la dilation de l'orifice de l'utérus, la rupture de la poche des eaux, les douleurs de l'enfantement, etc. : ne sait-on pas d'ailleurs que la plupart des femmes qui avortent à sept ou huit mois, par l'effet *d'une violence quelconque,* mettent au monde des fœtus morts, et qu'elles périssent au bout d'un certain temps, à la suite d'une hémorragie, de convulsions ou d'une inflammation de la matrice ou du péritoine? *c* Est-il permis de comparer l'avortement provoqué pour arrêter des convulsions, une perte utérine, résultat du décollement du placenta, à l'avortement tenté pour remédier à une difformité du bassin? Dans le premier cas, s'il y a perte, le produit de la conception doit être regardé comme un corps étranger qui sollicite les contractions de la matrice, et par conséquent une sorte de travail naturel, dont l'effet est la dilatation de l'orifice de l'utérus; d'ailleurs le sang qui coule assouplit les organes de la génération et les dispose à s'élargir; dans l'autre cas, il n'existe aucun de ces avantages, tous les moyens que l'on emploie sont brusques, violens et intempestifs; l'observation démontre en outre qu'en terminant l'accouchement lorsqu'il y a hémorrhagie ou convulsions on sauve la mère et quelquefois l'enfant, tandis qu'il serait peut-être impossible de citer un seul fait authentique où l'avortement aurait été provoqué avec succès dans le cas de difformité du bassin. Ces diverses considérations, ont porté M. Capuron à admettre que l'opération césarienne qui a sauvé jusqu'à ce jour à peu près une femme sur trois, et même la symphyséotomie, doivent être préférées à l'accouchement prématuré.

Il est évident, d'après ce qui précède, que la médecine légale doit présenter peu de questions dont la solution soit aussi difficile que celle de l'avortement; en effet, lors même que le corps du délit n'a pas été soustrait, que l'on a pu constater l'existence d'un avorton, et que tout porte à croire que celui-ci appartient réellement à la femme que l'on soupçonne, comment reconnaître si l'avortement a été naturel ou provoqué? Combien la difficulté ne sera-t-elle pas augmentée, s'il n'est plus permis d'établir que l'avortement a eu lieu, soit parce qu'il ne reste plus de traces du produit de la conception, soit parce que la femme ne présente plus l'ensemble des signes qui le caractérisent. Il faut l'avouer, presque toujours la *préméditation* de l'avortement s'établit plutôt d'après les preuves testimoniales que d'après les connaissances médicales; il ne faut guère excepter, comme l'a dit le docteur Marc, que le cas où la mort de la femme permettrait de prouver par l'altération de quelques-uns des organes génitaux, qu'un moyen mécanique de faire avorter aurait été employé.

Les questions médico-légales relatives au sujet qui nous occupe, peuvent être réduites aux suivantes : 1° *y a-t-il eu avortement;* 2° *l'avortement a-t-il été naturel ou provoqué;* 3° *l'avortement peut-il être simulé ou prétexté de la part de la femme, dans l'intention de nuire à autrui et surtout d'obtenir des dommages et intérêts.*

PREMIÈME QUESTION. — *Y a-t-il eu avortement?*

La solution de cette question repose sur l'examen de la femme et du produit expulsé.

Examen de la femme. S'il est fort difficile de constater les signes d'un accouchement à terme huit ou dix jours après qu'il ait eu lieu (*voyez* pag. 227), il l'est encore davantage de reconnaître l'avortement, surtout lorsque l'avorton est expulsé dans les premiers jours ou dans les premières semaines de la conception : les changemens occasionés dans les organes de la génération par la sortie d'un corps aussi peu volumineux sont inappréciables; aussi s'accorde-t-on à admettre que l'examen de la femme, notamment quand elle n'est pas primipare, ne présente aucun moyen concluant de déterminer avant les deux premiers mois révolus de la grossesse, si l'avortement a eu lieu. Dans les deux premiers mois de la grossesse, dit M. Désormeaux, à qui nous devons une excellente dissertation sur l'avortement, il arrive quelquefois que l'œuf est expulsé en entier sans douleur et sans hémorragie remarquables, quoique dans la plupart des cas, la femme éprouve des douleurs et une hémorragie accompagnée de caillots, surtout quand après la rupture des membranes, l'embryon sort isolé du placenta; aussi les femmes croient assez fréquemment n'avoir eu qu'un retard, suivi d'un retour douloureux et abondant des menstrues, tandis qu'elles ont fait un avortement. Heureusement, il est excessivement rare que le médecin soit appelé par les tribunaux pour décider si l'avortement a eu lieu avant le troisième mois, les femmes qui ont

le dessein de se faire avorter n'ayant pas encore acquis la certitude qu'elles soient enceintes.

Les signes précurseurs, concomitans et consécutifs de l'avortement qui a lieu depuis le troisième jusqu'au huitième mois de la gestation, sont en général les mêmes que ceux de l'accouchement; ils sont d'autant plus marqués que le terme de la grossesse est plus avancé: ainsi, pour ce qui concerne les signes *concomitans*, on remarque des douleurs qui se succèdent régulièrement, en se rapprochant de plus en plus les unes des autres, et se dirigent de l'ombilic vers l'anus; l'orifice de l'utérus se ramollit et se dilate graduellement; les membranes proéminent pendant la douleur; la poche des eaux se forme, mais elle ne se rompt que dans les cas où le produit de la conception n'est pas expulsé en entier, ce qui arrive principalement lorsque l'avortement a lieu à une époque déjà avancée de la grossesse. Si cette poche s'est rompue, l'eau de l'amnios sort d'abord, puis le fœtus, le délivre et des caillots plus ou moins volumineux. En général les douleurs et l'hémorragie qui accompagnent l'avortement sont d'autant plus marquées que le fœtus est plus âgé, et presque toujours l'hémorragie est plus forte que celle qui a lieu dans l'accouchement à terme. Si l'avortement est l'effet de quelque manœuvre violente qui perce les membranes, quelle que soit l'époque de la grossesse, l'eau de l'amnios s'écoule prématurément, le fœtus est quelquefois expulsé avec facilité, mais la sortie de l'arrière-faix peut occasioner les douleurs les plus atroces.

La plupart des signes *consécutifs* dont les auteurs ont fait mention sont peu propres à faire reconnaî-

tre si l'avortement a eu lieu : les femmes, ont-ils dit, éprouvent des frissons, des tremblemens aux extrémités : quelquefois les membres abdominaux sont enflés; la saillie des veines souscutanées disparaît; la peau se décolore; la marche est vacillante; il y a des lassitudes spontanées, affaissement et diminution presque subite des mamelles, etc. : ces caractères peuvent manquer, et lorsqu'ils existent, ils dépendent souvent d'une autre cause que de l'avortement.

Les signes consécutifs les plus importans sont ceux qui se tirent, comme dans l'accouchement, de l'état des parties externes et internes de la génération, de l'écoulement qui se fait par la vulve, de la peau du ventre et de l'excrétion laiteuse; ainsi le gonflement, la rougeur de la vulve, la dilatation du vagin, les tranchées utérines et les douleurs vagues qui vont se terminer vers l'utérus, dont l'orifice est plus ou moins béant, la flaccidité et les rides de la peau de l'abdomen, l'excrétion d'un lait plus ou moins aqueux, la fièvre de lait, si le fœtus était déjà avancé, et l'écoulement des lochies; tels sont les objets auxquels il faut avoir égard, lorsqu'on veut faire servir l'examen de la femme à la solution du problème qui nous occupe. Nous ne rappellerons pas ce qui a été dit à l'article accouchement, relativement à chacun de ces caractères, à la valeur qu'ils peuvent offrir, etc. (*voyez* pag. 220); nous remarquerons seulement, pour ce qui concerne l'hémorrhagie utérine, qu'elle cesse ordinairement quelques jours après l'avortement, à moins qu'il n'y ait eu des accidens particuliers; qu'elle peut ne pas avoir lieu lorsque les membranes, ayant été percées sans décoller

le placenta, le fœtus et ses enveloppes déjà flétris, viennent à se détacher insensiblement de la face interne de l'utérus, et qu'il n'est guère possible de la confondre avec le flux menstruel, chez une femme saine, parce qu'elle est en général plus abondante et d'une plus longue durée, que loin de ranimer les fonctions, elle abat les forces, et qu'assez ordinairement le sang est sous forme de caillots plus ou moins volumineux.

On ne saurait trop recommander d'avoir recours à l'*ensemble* des signes dont nous venons de parler dans le paragraphe précédent, lorsqu'on cherche à décider si une femme est avortée; aucun d'eux, pris séparément, ne pourrait suffire; il faut aussi que l'examen de la personne soupçonnée ait lieu peu de jours après l'avortement; car, s'il est indispensable d'agir ainsi quand on veut constater l'accouchement à terme, à plus forte raison, devra-t-on le faire dans les cas d'avortement, où les traces du passage du produit de la conception sont en général beaucoup moins marquées. Lors même que les perquisitions ont lieu à une époque favorable, il faut user de la plus grande circonspection, pour ne pas rapporter à un avortement récent les altérations souvent *peu sensibles* des parties génitales, de la peau du ventre, etc., qui dépendent d'une hydropisie, de la suppression des règles, des hydatides, d'un accouchement antérieur, etc. (*Voyez* ACCOUCHEMENT, pag. 222.) M. Fodéré observe avec raison, que la peau de l'abdomen sera ridée et plissée chez une femme qui aura déjà été mère, et qui n'aura qu'une simple perte sans avortement, tandis qu'elle

sera lisse chez une autre qui sera enceinte pour la première fois, et dont l'avortement aura été précoce.

Examen du produit expulsé. On doit surtout s'attacher, dans une question d'avortement, à démontrer la présence de l'avorton, car alors il ne reste plus de doute. L'examen dont il s'agit ne présente aucune difficulté quand le fœtus, bien développé, conserve ses formes; mais si le produit expulsé est un embryon encore fort jeune, il est facile de se méprendre si l'on n'apporte pas la plus grande attention, et de le confondre avec un caillot de sang ou avec une production pathologique développée dans l'utérus. Il faut alors placer la masse expulsée dans un vase rempli d'eau, et y projeter à plusieurs reprises de l'eau, à l'aide d'une petite seringue, afin de détacher et de dissoudre les caillots de sang; on doit surtout se garder de comprimer cette masse avec les doigts, de la remuer avec un morceau de bois, ou la pointe d'un couteau, comme on ne le pratique que trop souvent, ces manœuvres exposant à déchirer les objets et à perdre le fruit de toutes les recherches. Voyons maintenant quels sont les divers états sous lesquels se présente le produit de la conception.

Pendant les quatre premiers mois de la grossesse, il arrive quelquefois que le fœtus sort enveloppé de ses membranes entières; il ne s'agit alors que d'examiner celles-ci, de les inciser et de constater l'âge au moyen des caractères indiqués à la page 41. (*Voy.* aussi *Débris de l'embryon*, page 199.) Dans certaines circonstances les membranes se rompent dans les premiers mois, le fœtus et le placenta se décomposent, et sortent sous forme d'une sanie brunâtre et fétide.

Il est des cas où après la mort de l'embryon ou du fœtus rien n'est expulsé ; le placenta continue de s'accroître, et il en résulte ce que l'on a appelé improprement *mole de génération*. (Voyez *Débris de l'embryon*, page 199.) Souvent le fœtus naît vivant et périt peu de temps après ; il n'est pas rare de le voir sortir de l'utérus, quelques jours après qu'il a cessé d'exister ; dans ces deux cas il est aisé de le reconnaître.

Il arrive aussi fréquemment qu'ayant péri à une époque assez avancée de la grossesse, il se conserve dans l'utérus jusqu'à la fin du neuvième mois : alors il offre des traces d'une décomposition particulière que nous avons décrite à la page 251.

Dirons-nous avec plusieurs auteurs qu'il faut, dans certaines circonstances, avoir égard à l'âge de la femme, pour décider si le produit expulsé par la vulve est un embryon, un débris du germe, une concrétion sanguine, une masse d'hydatides, etc., ou, ce qui revient au même, admettrons-nous que, parce que la femme ne jouit ordinairement plus de la faculté d'être fécondée lorsqu'elle a cessé d'être réglée, on doive éloigner toute idée d'avortement, par cela seul qu'elle se trouve dans l'âge de retour ? Ce serait consacrer un principe erroné, puisqu'on a vu des femmes plus que sexagénaires concevoir et accoucher après l'époque critique : la décision apportée par Belloc sur une femme d'un certain âge que l'on croyait être avortée, prouve tout au plus que cet auteur eut tort s'il attacha une plus grande importance à l'*âge*, qu'à la nature du produit expulsé, pour établir que l'avortement n'avait pas eu lieu.

VINGT ET UNIÈME LEÇON.

SECONDE QUESTION. — *L'avortement a-t-il été naturel ou provoqué.*

L'homme de l'art ne parvient à fournir au magistrat quelques données satisfaisantes pour résoudre ce problème, qu'en examinant attentivement l'époque à laquelle l'avortement a eu lieu, les causes à l'influence desquelles la femme a été soumise, et les marques de sévice qui peuvent se trouver sur le corps du fœtus et de la mère.

Époque à laquelle l'avortement a lieu. Les femmes peuvent avorter naturellement à toutes les époques de la grossesse; cependant l'avortement naturel est beaucoup plus fréquent pendant les deux premiers mois; tandis que celui qui est provoqué ne s'observe guère que plus tard, comme nous l'avons déjà dit.

Causes déterminantes de l'avortement. On doit les distinguer en *prédisposantes* et *occasionelles*. Les unes et les autres, prises séparément, peuvent produire l'avortement, quoique souvent celui-ci soit l'effet de leur action simultanée. Les causes *prédisposantes* les plus remarquables sont : la trop grande rigidité des fibres du corps de l'utérus, l'excessive sensibilité et la trop grande contractilité de cet organe, le relâchement du col utérin, la métrite chronique, le squirre, le carcinome, les corps fibreux, les polypes et l'hydropisie de cet organe, la présence de plusieurs fœtus, un état particulier de l'atmosphère pendant lequel les avortemens sont épidémiques, la pléthore, le tempéra-

ment sanguin de la femme; une menstruation abondante irrégulière, une faiblesse générale produite par le défaut de nourriture ou par toute autre cause, un état cachectique; plusieurs maladies, comme le scorbut, la syphilis, l'hystérie, les douleurs néphrétiques, etc., des vices de conformation du rachis et du bassin, une disposition héréditaire, l'habitude d'avorter, les veilles, la compression de l'abdomen par des vêtemens étroits. A ces causes il faut joindre celles qui se rapportent au produit de la conception; ainsi la faiblesse du fœtus, ses maladies, les monstruosités; l'implantation du placenta sur le col de l'utérus, son peu d'adhérence à la surface de cet organe, son état squirreux, hydatique, anévrismatique, variqueux, sa petitesse par rapport au fœtus, son atrophie; la brièveté ou la trop grande longueur du cordon ombilical, son entortillement autour du cou ou d'un membre, ses adhérences; les tumeurs hydatiques et autres dont il peut être le siége; la ténuité de l'amnios et du chorion, l'accumulation d'un fluide séreux entre ces deux membranes; la trop petite ou la trop grande quantité d'eau de l'amnios.

Les causes *occasionelles* sont : plusieurs maladies aiguës, et surtout l'inflammation de l'utérus et des intestins, la strangurie et les convulsions; les passions vives, l'impression des odeurs, l'asphyxie, le coït immodéré, les efforts, les secousses et les mouvemens violens : ainsi la danse, l'exercice à cheval ou en voiture, les ris, les cris, la toux, le vomissement, etc.; les chutes, les coups sur les lombes ou sur l'abdomen, les mouvemens convulsifs du fœtus, la rupture du cordon ombi-

lical ou des membranes de l'œuf; enfin les moyens dits *abortifs*, que l'on peut réduire aux suivans : la saignée, surtout celle du pied, les pédiluves, les vomitifs, les purgatifs drastiques, les emménagogues actifs, et certaines manœuvres ayant pour objet de rompre les membranes qui enveloppent le fœtus. Ces moyens, qu'il serait inutile et dangereux d'exposer en détail, parce qu'il n'est aucun médecin qui ne les connaisse, et que la malveillance pourrait s'en emparer pour commettre de nouveaux crimes, sont loin de produire constamment l'effet qu'on en attend ; ainsi, pour ce qui concerne la *saignée*, on sait que des femmes sont accouchées, à terme, d'enfans bien portans, quoiqu'elles eussent été saignées du bras quarante huit ou quatre-vingt-dix fois pendant la grossesse (Mauriceau) ; chez d'autres on a empêché l'avortement, qui était imminent, à l'aide de la même saignée : une femme enceinte fut saignée dix fois du pied, sans avorter, dit Mauriceau (Observ. 644) ; il en fut de même d'une autre qui était tombée en apoplexie, et qui non-seulement avait été saignée plusieurs fois du bras et du pied, mais qui avait pris plusieurs vomitifs (Observ. 258.) Toutefois il faut avouer que la saignée du pied et l'application des sangsues à la vulve et aux extrémités inférieures provoquent quelquefois l'avortement, surtout lorsqu'on en fait usage à contre-temps, et que la femme est déjà affaiblie : l'observation rapportée par Baudelocque, à la page 551 du tome II, vient à l'appui de cette assertion : des alimens de facile digestion, administrés avec prudence, dit cet auteur, calmèrent, au septième mois de la grossesse, un travail que l'on ne

put rapporter qu'à la privation absolue de toute espèce de nourriture pendant plusieurs jours de suite. Les *pédiluves* sont encore moins actifs que les saignées du pied, et la science fourmille de faits qui attestent leur insuffisance pour déterminer l'avortement dans un très-grand nombre de cas. On a vu l'emploi des *vomitifs* et des *purgatifs* les plus âcres, déterminer chez des femmes enceintes, des superpurgations, des entérites, des péritonites, des convulsions et même la mort, sans qu'il y eût avortement : on administre, tous les jours, pendant la grossesse, des médicamens émétiques et purgatifs, parce qu'ils sont indiqués, et l'on observe rarement l'accident que nous redoutons; cependant il ne faut pas se dissimuler que l'usage intempestif de ces moyens énergiques ait été suivi de l'avortement, chez des femmes soumises déjà à l'influence de quelques-unes des causes prédisposantes; il est même arrivé que des fausses couches ont eu lieu après l'administration d'un laxatif, tel que la manne. Tout ce qui vient d'être dit à l'occasion des vomitifs et des purgatifs peut s'appliquer aux *emménagogues*, aux *diurétiques*, aux *sudorifiques*, et autres médicamens *excitans :* leur danger est évident dans certains cas; leur innocuité est prouvée par une foule d'exemples, parmi lesquels nous rapporterons les suivans. 1° Une femme, que l'on ne croyait pas enceinte, est saignée à plusieurs reprises, et fait usage des purgatifs, des diurétiques et des sudorifiques les plus actifs, dans l'espoir de faire cesser une douleur sciatique des plus aiguës; elle accouche d'un enfant robuste et à terme. (*Zacchias*, Quæstionum medico-legalium consilium XXVI, pag. 40.)

2° L'huile distillée de genièvre, administrée pendant vingt jours, à la dose de cent gouttes, ne détermina point d'hémorragie, et n'empêcha pas la femme qui en avait fait usage d'accoucher à terme. 3° Une fille, grosse de sept mois, avala une pleine écuelle de vin dans laquelle il y avait une forte dose de sabine en poudre : elle éprouva des vomissemens et fut très-incommodée pendant plus de quinze jours; l'accouchement n'eut lieu que deux mois après. (*Fodéré*, Méd. légale, t. IV, page 430.) Les *manœuvres* employées pour rompre les membranes ou pour agir directement sur la matrice, telles que l'emploi de stylets ou d'autres instrumens aigus et de pessaires enduits d'onguens irritans, ne sont pas toujours faciles à pratiquer à l'époque de la grossesse où l'on cherche à détruire le fœtus; elles ne déterminent pas toujours l'avortement, et occasionent souvent les accidens les plus graves, tels que des métrites aiguës ou chroniques, des métrorrhagies graves, des carcinomes de l'utérus, etc.

Marques de sévices qui peuvent se trouver sur le corps de l'avorton et sur les organes génitaux de la mère. Lorsque l'avortement a été la suite de l'introduction dans l'utérus d'un instrument qui a blessé le produit de la conception, on peut retrouver des traces de son action meurtrière sur le fœtus, sur les membranes et sur les organes de la génération de la femme. Les lésions que présentera l'avorton, dans le cas dont nous parlons, ayant été décrites à l'occasion de l'infanticide, nous renvoyons à la page 309. Si la femme a succombé, l'état de la matrice indiquera probablement qu'il y a eu expulsion d'un fœtus; le col et l'orifice de

cet organe pourront être le siége de blessures qui annonceront l'emploi d'un instrument plus ou moins aigu.

Application de l'ensemble des faits et des principes qui précèdent, à la solution de la deuxième question. On fera sur l'avorton les mêmes recherches que dans le cas d'infanticide : ainsi on déterminera quel est son âge, s'il a vécu après la naissance, s'il est mort dans l'utérus ou au passage, à quelle époque il a été expulsé, depuis quand il est mort, s'il présente des traces non équivoques de blessures capables d'expliquer la mort, ou si celle-ci ne serait pas l'effet de son immaturité ou de quelques-unes des maladies qui attaquent souvent le nouveau-né. (*Voyez* INFANTICIDE.) Ici, on se gardera bien de confondre la rougeur de la peau des avortons de quatre mois et demi à sept mois (*Voyez* page 47), avec celle qui est le résultat du séjour plus ou moins prolongé d'un fœtus mort dans l'utérus : dans le premier cas, la couleur pourpre ne s'observe que dans certaines parties du corps, et elle n'est accompagnée d'aucune des lésions que l'on remarque chez les fœtus dont nous avons parlé en dernier lieu.

Relativement à la femme, on tiendra compte de l'époque à laquelle l'avortement a eu lieu, des chutes, des efforts qu'elle a pu faire, et des autres causes à l'influence desquelles elle dit avoir été soumise; de son tempérament, des médicamens qui ont pu lui être administrés pour rétablir le cours des menstrues, ou dans un autre but qu'on ne saurait blâmer; on établira peut-être par ce moyen que l'avortement n'a pas été criminel. Si elle dit avoir reçu des coups sur l'abdo-

men, sur les lombes, il faudra constater s'il y a des ecchymoses, si les actes de violence ont été bientôt suivis d'hémorrhagie utérine, ou bien si les causes dont nous parlons ont été assez légères pour ne pas troubler le cours de la grossesse ; on recherchera si l'avortement n'aurait pas pu être prévenu malgré l'action de ces causes, au moyen des saignées, du repos, etc. Nous lisons dans Belloc, qu'une femme après avoir éprouvé une impulsion qui l'avait jetée à terre en pleine rue, avorta d'un fœtus mort, qui pouvait avoir environ quatre mois; mais on apprit qu'au lieu de s'être mise au lit immédiatement après l'accident, ou au moins d'être restée tranquille, elle avait fait une course de près d'une lieue pour aller chercher du bois d'un poids très-pesant qu'elle avait porté chez elle; que le lendemain, malgré quelques douleurs graves qu'elle disait éprouver aux reins, elle était encore allée à un grand quart de lieue de chez elle pour moissonner, et qu'à son arrivée elle avait été forcée de se mettre au lit, où elle était, et que les douleurs de l'accouchement s'étaient déclarées franches vers le milieu de la nuit précédente. Il est très-probable, ajoute Belloc, que si cette femme avait appelé du secours et s'était tenue tranquille, elle aurait pu éviter cet avortement. (page 82.)

Si tout porte à croire que l'avortement n'est la suite d'aucune des causes indiquées dans le paragraphe précédent, on examinera si la femme n'a point caché sa grossesse; si elle ne s'est pas informée auprès de ses amis, ou des gens de l'art, de l'efficacité de certains moyens propres à provoquer des pertes ou à se faire avorter; si elle ne s'est point livrée sans nécessité à des

exercices violens et dangereux à son état; si elle était malade, faible, ou d'une constitution robuste; si elle a acheté des drogues ou si elle les a fait acheter par des confidens; quelle en était la dose; si elle a préparé à l'insu de tout le monde des médicamens composés plus ou moins actifs; si elle a fait usage de pareils médicamens sans nécessité et sans avoir consulté le médecin; si elle a caché aux personnes qui l'entouraient les douleurs qu'elle aurait pu éprouver par l'usage de ces moyens énergiques, ou bien si elle s'est plainte; si lorsque rien n'annonçait qu'elle dût être malade, elle a fait des préparatifs qui pourraient faire croire qu'elle s'attendait à l'être; si elle s'est fait saigner secrètement et à plusieurs reprises par différens chirurgiens, sans dire qu'elle l'avait déjà été beaucoup de fois; si les saignées étaient indiquées, nécessaires : si elle niait avoir été saignée, on chercherait sur le trajet des veines, sur la vulve et sur les cuisses, s'il n'y a point de traces récentes de l'action de la lancette ou des sangsues; on s'attacherait aussi à reconnaître si, pour faire prendre le change, elle n'a pas caché l'hémorrhagie qui suit l'avortement, et voulu rapporter les symptômes qu'elle éprouve à toute autre cause. Il existe encore une foule de considérations qui n'échapperont pas à la sagacité du magistrat, et qui permettent quelquefois de découvrir si l'avortement a été provoqué. Nous ne saurions trop recommander en terminant cet article, combien il importe d'examiner attentivement si les médicamens que l'on regarde comme abortifs ont été conseillés ou employés dans une intention criminelle.

TROISIÈME QUESTION. — *L'avortement peut-il être simulé ou prétexté de la part de la femme, dans l'intention de nuire à autrui, et surtout d'obtenir des dommages et intérêts?*

Plusieurs fois déjà les tribunaux ont été appelés à juger des causes de ce genre. Nous indiquerons, en parlant des *maladies simulées*, les préceptes généraux qui doivent guider le médecin chargé de prononcer sur la réalité d'une affection que l'on peut feindre : il nous suffira d'établir ici qu'il faut s'attacher à prouver que l'avortement a eu lieu, et qu'il peut dépendre des causes alléguées par la partie plaignante.

Il est des auteurs qui, pour compléter l'histoire médico-légale de l'avortement, ont cru devoir examiner encore *si le fœtus était vivant au moment où on a agi sur lui.* « Si les abortifs, disent-ils, n'avaient été mis en usage que quelques jours avant l'avortement, et si la mère soutenait qu'avant leur emploi elle ne sentait déjà plus remuer son enfant, l'humanité et la prudence nous dicteraient de ne pencher que pour l'opinion la plus favorable à l'accusée. » Nous ne saurions adopter cette manière de voir : en effet, il ne suffit pas, pour établir la mort du fœtus dans l'utérus, que la femme avoue ne pas avoir senti remuer l'enfant depuis plusieurs jours; nous ajouterons qu'il n'existe aucun signe qui puisse faire reconnaître *positivement* si avant l'expulsion du fœtus il était vivant ou non dans l'utérus; mais lors même qu'il serait prouvé que l'avorton était mort au moment où on a agi sur lui, l'attentat n'en existerait pas moins, surtout si les moyens abortifs avaient été con-

seillés par un homme de l'art ou par toute autre personne, et qu'ils fussent de nature à exposer les jours de la mère. Quelle que soit l'indulgence dont nous croyons devoir user envers les femmes qui ne nous paraissent pas *évidemment* coupables, nous nous ferons toujours un devoir d'attaquer le crime et d'empêcher qu'il ne reste impuni.

RAPPORTS SUR L'AVORTEMENT.

Premier rapport. Nous soussigné, docteur en médecine, etc. (*V.* page 212 pour le préambule.) Arrivé dans la chambre, nous avons trouvé la dame F, âgée de vingt-deux ans, alitée, qui nous a dit avoir été maltraitée la veille, par le sieur X, qui l'avait jetée par terre, et lui avait donné deux coups de pied au ventre; qu'elle avait éprouvé sur-le-champ des douleurs dans la région de la matrice, et qu'au moment où elle envoyait chercher un médecin, elle avait fait une fausse couche, quatre heures après la chute; elle ajouta qu'elle croyait être enceinte d'environ deux mois, et que dans ses deux grossesses précédentes elle avorta sans cause connue, une fois au troisième mois, et l'autre fois vers la fin du cinquième.

Nous avons procédé à la visite de la femme, et nous avons reconnu au milieu de la fesse gauche une ecchymose d'un rouge brun, grande comme une pièce de deux francs, qui paraissait avoir été faite depuis peu. L'abdomen, la face, les membres, etc., n'étaient le siége d'aucune contusion apparente. Les grandes et les petites lèvres étaient légèrement gonflées; en introduisant le doigt dans le vagin, on voyait que l'orifice

de l'utérus était dilaté et un peu souple : le volume de ce viscère paraissait plus grand que dans l'état naturel; il s'écoulait par la vulve une assez grande quantité de sang rouge en partie liquide, en partie coagulé, et la femme se plaignait de douleurs vives dans la région hypogastrique. Les mamelles semblaient dans l'état naturel ; la peau était chaude et sèche, le pouls fréquent.

Le produit expulsé, de la grosseur d'un œuf, était rouge ; après avoir été mis dans un vase plein d'eau et y avoir projeté à plusieurs reprises de l'eau à l'aide d'une petite seringue, pour en détacher le sang qui le colorait, il a offert les caractères suivans... (On indique les caractères du produit de la conception à deux mois révolus. *Voyez* pag. 44.)

Nous croyons pouvoir conclure de ce qui précède, 1° que la dame F était enceinte d'environ deux mois et demi; 2° qu'elle est accouchée depuis peu ; 3° que tout en admettant chez elle une grande disposition à avorter, il est probable que la fausse couche a été déterminée par la chute dont elle porte encore des marques ; ou par les coups de pied, s'il est vrai qu'ils aient été donnés ; 4° que l'on aurait peut-être prévenu l'avortement en employant la saignée, le repos absolu, la diète, etc. En foi de quoi, etc.

Deuxième rapport. Nous soussigné, etc., requis, etc., pour constater si l'avortement de mademoiselle ***, âgée de dix-sept ans, était naturel ou provoqué, etc. Arrivé dans la chambre, nous avons trouvé la demoiselle ***, qui nous a dit être accouchée la veille sans cause connue ; que l'enfant, du sexe masculin, était âgé d'environ six mois ; qu'elle avait constamment évité les

causes qui auraient pu déterminer une fausse couche; qu'ainsi elle ne s'était point livrée à un exercice violent, etc.; qu'elle n'avait jamais été saignée, ni fait appliquer de sangsues, ni pris de substances émétiques ou drastiques. Le commissaire de police qui nous accompagnait a cru devoir faire des recherches dans une armoire où il a trouvé deux petits paquets contenant un mélange que nous avons reconnu être de la sabine et de la rue. La demoiselle*** a paru surprise de cette découverte, et nous a assuré n'avoir point fait usage de pareils médicamens.

Nous avons procédé à la visite, et nous avons constaté..... (On indique ici l'état des parties génitales, de l'utérus, de la peau de l'abdomen, des mamelles, etc. *Voyez* ACCOUCHEMENT, page 222.) On voyait à la surface interne des grandes lèvres, environ douze morsures triangulaires ecchymosées, annonçant d'une manière non équivoque qu'un nombre égal de sangsues avait été récemment appliqué; la portion de peau correspondante à la veine médiane céphalique et à la veine saphène était le siége de cicatrices légères qui paraissaient être le résultat de saignées faites depuis peu. Du reste la fille *** était en proie à des douleurs intolérables dans la région hypogastrique; la peau était très-chaude et âcre, le pouls excessivement fréquent.

Le cadavre de l'enfant... (On décrit ici les caractères propres à faire connaître que le fœtus est âgé de six mois environ. *Voy.* pag. 48.) On remarquait à la portion de la peau du crâne correspondant au milieu de la suture sagittale, une ouverture large d'environ un tiers de ligne, dont le contour était ecchymosé : en disséquant attentivement les parties blessées, il était aisé

de reconnaître que la commissure membraneuse qui unit les deux pariétaux, ainsi que la dure-mère, avaient été percées par le même instrument qui avait blessé la peau; le sinus longitudinal supérieur était ouvert, et l'on voyait à la surface du cerveau, et entre ses deux hémisphères, un épanchement considérable de sang, en grande partie liquide; du reste le cerveau, le cervelet et la moelle épinière n'étaient le siége d'aucune altération; le thorax était aplati; les poumons, d'un très-petit volume, de couleur rouge, n'étaient point crépitans, et se précipitaient au fond de l'eau, soit qu'on les mît sur ce liquide entiers ou par fragmens. Le diaphragme était refoulé vers le thorax; les viscères abdominaux paraissaient dans l'état naturel.

L'arrière-faix avait été soustrait.

Ces faits nous permettent de conclure, 1° que mademoiselle *** est accouchée depuis peu; 2° que le fœtus, âgé d'environ six mois et bien constitué, est mort-né; 3° que tout annonce qu'il aurait pu vivre, s'il avait continué à se développer; 4° qu'il a été blessé à la suture sagittale par un instrument piquant qui a pénétré assez avant dans l'intérieur du crâne pour ouvrir les parois du sinus longitudinal supérieur; 5° que cette blessure a été faite pendant qu'il était encore vivant; 6° que c'est à elle qu'il faut attribuer la mort; 7° qu'il est *excessivement probable* que la fille ***, dont les récits sont évidemment mensongers, après avoir essayé inutilement de se faire avorter au moyen de la sabine, de la rue et des saignées, aura percé ou fait percer le crâne de l'enfant pendant qu'il était encore dans l'utérus; 8° qu'il eût été possible d'affirmer le fait si les

membranes n'eussent pas été soustraites, et que l'on eût pu reconnaître qu'elles avaient été lésées à la partie correspondante à la suture sagittale. En foi de quoi, etc.

De l'exposition, de la suppression, de la substitution et de la supposition de part.

L'*exposition de part* entraîne souvent la mort de l'enfant délaissé, et doit être par conséquent considérée comme un crime; nous avons déjà fait connaître les articles du code pénal relatifs à ce sujet. (*Voyez* page 245.) Toutefois, lorsqu'une femme est accusée d'avoir exposé ou fait exposer l'enfant dont elle est récemment accouchée, elle peut s'excuser en disant que l'enfant était mort-né, et qu'elle a préféré l'abandonner pour ne pas compromettre sa réputation. Les tribunaux, chargés seuls de l'examen d'une foule de circonstances qui peuvent atténuer et aggraver le crime, sont intéressés à savoir, 1° si effectivement l'enfant dont il s'agit était mort-né; 2° dans le cas où il aurait vécu, quelle a pu être l'influence du milieu dans lequel il a été délaissé; 3° jusqu'à quel point le défaut de soins, d'alimens, de vêtemens, etc., a pu contribuer à le faire périr, à le mutiler ou à l'estropier. Une autre question peut encore se présenter : lorsqu'on voit tout à coup disparaître la grossesse chez une femme que l'on croyait enceinte, et que, d'une autre part, on découvre qu'un enfant a été abandonné, peut-on déterminer que celui-ci appartient à la femme dont il s'agit, et qu'il a été exposé par elle ou par son ordre? On s'attachera, dans ce cas difficile, à établir qu'il y a eu grossesse et accouchement; que celui-ci est récent ou

ancien; que l'époque à laquelle l'enfant est né correspond ou ne correspond pas à celle où l'accouchement a eu lieu; questions dont nous avons déjà parlé en détail, et sur lesquelles il serait inutile de revenir. Que, si tout portait à croire que la femme pourrait être la mère de l'enfant délaissé, il ne faudrait pas encore conclure que l'exposition de part a eu lieu : ce fait ne pourrait ressortir que des recherches ultérieures tentées par le magistrat.

Suppression de part. Elle existe lorsqu'une femme soustrait l'enfant dont elle vient d'accoucher, et le cache au lieu de l'exposer sur la voie publique.

« Les coupables d'enlèvement, de recélé ou de suppression d'un enfant, de substitution d'un enfant à un autre, ou de supposition d'un enfant à une femme qui ne sera pas accouchée, seront punis de la réclusion.

« La même peine aura lieu contre tous ceux qui, étant chargés d'un enfant, ne le représenteront point aux personnes qui ont droit de le réclamer. » (Code pénal, art. 345.)

Ici l'homme de l'art doit chercher à résoudre les mêmes questions que dans le cas d'exposition de part.

Supposition de part. Elle a lieu lorsqu'une femme dit être accouchée d'un enfant qu'elle n'a point porté dans son sein, ce qui a souvent pour but d'introduire un étranger dans la famille, afin de changer l'ordre de succession établi par les lois. L'homme de l'art examinera d'abord si la femme est accouchée, et, en cas d'affirmative, si l'accouchement est récent et si l'enfant qu'elle présente lui appartient, c'est-à-dire s'il est né à peu près à l'époque où l'accouchement a eu lieu. On a vu des femmes qui étaient accouchées deux ou trois ans

auparavant, simuler la grossesse et quelques-uns des phénomènes de l'accouchement, espérant que le médecin qui serait chargé de les visiter prendrait le change et rapporterait à un accouchement récent les traces d'un accouchement ancien ; mais il est impossible de se méprendre : comment simuler, par exemple, l'écoulement des lochies, la fièvre de lait, etc.? D'autres, qui étaient *stériles*, ont poussé l'audace jusqu'à supposer qu'elles venaient d'accoucher, tandis qu'il suffisait de la plus légère inspection pour prouver qu'elles n'avaient jamais été mères. Il en est qui, étant accouchées plusieurs années auparavant, ont supposé un nouvel accouchement, et n'ont pu être visitées que plusieurs semaines après, c'est-à-dire lorsqu'il était impossible d'affirmer qu'il y avait eu ou non accouchement récent; ce cas, plus épineux que les autres, exigerait que l'on examinât attentivement toutes les circonstances propres à jeter quelque jour : l'accouchement a-t-il été naturel, laborieux; la femme a-t-elle été assistée par des gardes ou par des gens de l'art, ou bien était-elle seule; a-t-elle appelé à son secours; en un mot, y a-t-il des preuves testimoniales; la femme est-elle âgée, était-elle réglée; le mari est-il infirme, impuissant, etc.?

Substitution de part. On peut encore supposer qu'une femme qui vient de perdre l'enfant dont elle était accouchée, ou qui accouche d'un enfant dont le sexe lui déplaît, le remplace par un autre. L'homme de l'art ne parvient à éclairer cette question qu'en prouvant, dans certaines circonstances, que la naissance de l'enfant ne répond pas à l'époque où l'accouchement a eu lieu ;

d'où il suit que son rapport ne peut être de quelque utilité que lorsqu'on examine la femme peu de temps après l'accouchement, c'est-à-dire lorsqu'il est encore permis de juger à peu près le moment où il a eu lieu. Dans tout autre cas, le crime ne peut s'établir que d'après les preuves testimoniales.

VINGT-DEUXIÈME LEÇON.

De la viabilité du fœtus.

Le mot viabilité, dérivé de *via*, voie, chemin, et non de *vita*, vie, s'emploie pour exprimer la possibilité de parcourir aussi long-temps que le commun des hommes la carrière de la vie extra-utérine; ainsi un enfant peut avoir vécu et ne pas avoir été regardé comme viable, parce qu'il offrait, dans son organisation, quelque vice qui s'opposait à ce que la vie se prolongeât; un autre enfant, né vivant, peut périr dans les premières heures de sa vie, quoiqu'il fût *viable*. Voici les articles du Code civil relatifs à la question de la viabilité du fœtus.

» L'enfant né avant le cent quatre-vingtième jour du mariage ne pourra être désavoué par le mari dans les cas suivans : 1° s'il a eu connaissance de la grossesse avant le mariage; 2° s'il a assisté à l'acte de naissance, et si cet acte a été signé de lui, ou contient sa déclaration qu'il ne sait signer; 3° *si l'enfant n'est pas déclaré viable.* » (Code civil, art. 314.)

« Pour succéder, il faut nécessairement exister au moment de l'ouverture de la succession. Ainsi sont incapables de succéder, 1° celui qui n'est pas encore conçu; 2° *celui qui n'est pas né viable*; 3° celui qui est mort civilement. » (Code civil, art. 725.)

« Pour être capable de recevoir entre-vifs, il suffit d'être conçu au moment de la donation. Pour être capable de recevoir par testament, il suffit d'être conçu à l'époque du décès du testateur. Néanmoins la donation et le testament n'auront leur effet *qu'autant que l'enfant sera né viable.* » (Code civil, art. 906.)

« La recherche de la paternité est interdite. Dans les cas d'enlèvement, lorsque l'époque de l'enlèvement se rapportera à celle de la conception, le ravisseur pourra être, sur la demande des parties intéressées, déclaré père de l'enfant. » (Code civil, art. 340.) Il est évident, d'après cet article, qu'on ne devrait attacher aucune importance à la déclaration d'une fille enlevée, qui serait accouchée au cent quatre-vingtième jour de l'enlèvement ou plus tôt, et qui aurait mis au monde *un enfant viable*, dont elle ferait correspondre la conception au jour de l'enlèvement.

Ces diverses dispositions ne laissent aucun doute sur la nécessité où l'on peut être de résoudre la question de viabilité lorsque l'enfant est mort, ou lorsqu'il est encore vivant; nous l'examinerons sous ce double rapport : il est également indispensable d'établir une distinction entre la viabilité des fœtus monstrueux et de ceux qui ne présentent aucun vice de conformation. Mais avant d'étudier ces différens objets, qu'il nous soit permis de faire connaître les développemens donnés par les plus habiles jurisconsultes aux différens articles du code dont nous avons fait mention; nous espérons par-là mettre le médecin à même de saisir exactement l'esprit de la loi.

« L'enfant, dit M. Bigot de Préameneu à l'occasion de l'article 725, vivait dans le sein de sa mère; cette existence peut se prolonger pendant un nombre de jours indéterminé, sans qu'il soit possible qu'il la conserve; et c'est cette possibilité de parcourir la carrière ordinaire de la vie, qu'on en-

tend par l'expression être *viable*, et il faut à cet égard que les gens de l'art prononcent. »

Le rapport fait au tribunat par Chabot (de l'Allier) contient les passages suivans :

« Il n'est pas nécessaire que l'individu soit né pour être habile à succéder ; il suffit qu'il soit conçu, parce que l'enfant existe réellement dès l'instant de la conception, et qu'il est réputé né dès qu'il y va de son intérêt. Cette présomption de naissance, qui équipolle à la naissance elle-même pour déférer le droit d'hérédité, cesse d'avoir lieu si l'enfant ne naît pas, ou s'il ne naît pas *viable*.

» Lorsqu'un enfant n'est pas vivant en sortant du sein de sa mère, il est censé n'avoir pas vécu pour succéder ; car c'était dans l'espoir de la naissance qu'on le regardait comme vivant dès l'instant de la conception, et si cet espoir est trompé, la présomption qui le faisait regarder comme vivant ne peut plus être fondée sur la réalité.

» Lorsqu'un enfant n'est pas né *viable*, il est aussi réputé n'avoir jamais vécu, au moins pour la successibilité. En ce cas, c'est la même chose que l'enfant soit mort ou qu'il naisse pour mourir. La loi 3 du Code *de posthumis* exige que l'enfant naisse parfait, c'est-à-dire qu'il ait atteint le terme auquel il est possible qu'il vive. »

De la viabilité des fœtus non monstrueux.

A quelle époque de la grossesse ces fœtus sont-ils viables? C'est lorsque les organes de la digestion, et surtout ceux de la respiration, sont en état d'exercer leurs fonctions. Il n'y a que la respiration complète qui constitue la vie, d'après Merlin. (*Voyez* Questions de droit, tome VI, au mot VIE.) Ce célèbre jurisconsulte appuie son opinion sur le passage suivant d'Al-

phonse Leroy : « On a jugé dans les tribunaux qu'un enfant venu à terme avait vécu, parce que la sage-femme attestait qu'il avait agité ses membres, même sa poitrine ; qu'elle avait vu de petites inspirations et des soupirs, et senti des palpitations du cœur et des artères ; mais tous ces mouvemens ne peuvent pas constituer véritablement la vie acquise hors du sein de la mère. Un enfant nouvellement venu au monde, et non encore séparé de sa mère, a quelquefois des mouvemens convulsifs, et, s'il est faible, il a des respirations incomplètes, accompagnées de soupirs. Un tel enfant n'a point acquis ses droits civils, parce qu'il n'a pas respiré complétement, et que c'est la respiration complète qui lui acquiert sa vie propre, indépendante de celle de sa mère. Hippocrate prescrit de ne pas couper le cordon ombilical tant que l'enfant n'a pas respiré complétement et crié. Par la respiration complète, la circulation du sang s'établit dans les poumons ; alors il puise dans l'air le principe d'une vie qui lui devient propre ; il vit de la vie commune, différente de celle qu'il avait dans le sein de sa mère, où il ne respirait pas, et où le sang ne circulait pas dans son poumon : il vivait en commun avec sa mère. Mais dès qu'un enfant a respiré complétement, il a vécu de sa vie propre, à l'air et à la lumière, et devant la loi ; il a vécu civilement. C'est donc la respiration, mais la respiration complète, qui constitue la vie ; les pulsations, le mouvement des membres, du diaphragme, des artères, peuvent durer sans la vie complète jusqu'à une et deux heures. »

Il est impossible d'élever le moindre doute sur la viabilité du fœtus à terme. On s'accorde aussi à ne pas

regarder comme tel celui qui naît avant le commencement du sixième mois, c'est-à-dire, avant le cent quatre-vingtième jour, et l'on considère comme apocryphes ou comme mal faites, les observations de fœtus qui, étant venus au monde à quatre mois et demi, et même à cinq mois, ont pu vivre pendant plusieurs années; c'est ainsi qu'on a voulu faire croire que *Fortunio Licetti*, qui naquit à quatre mois et demi, et qui fut placé, pendant plusieurs mois, dans un four dont la température était fort douce, ne mourut qu'à l'âge de quatre-vingts ans: on sentira combien il eût été nécessaire, avant d'ajouter foi à de pareils miracles, de s'assurer de l'époque précise de la conception (ce qui n'est pas facile), de l'âge du nouveau-né, etc.

Mais que doit-on penser de la viabilité des fœtus qui naissent entre le commencement du sixième mois et la fin du neuvième? Il est rare de voir vivre, pendant un assez long espace de temps, ceux qui n'ont pas sept mois accomplis; la plupart d'entre eux périssent au bout de quelques jours, parce qu'ils sont imparfaits: toutefois, il existe un très-petit nombre d'exemples d'enfans nés à six mois et à six mois et demi, qui ont vécu pendant plusieurs années. A dater de la fin du septième mois, la viabilité ne saurait plus être contestée: depuis cette dernière époque jusqu'à terme, les chances sont d'autant plus grandes, tout étant égal d'ailleurs, que le fœtus est plus près de la fin du neuvième mois. On conçoit avec peine que les gens de l'art aient soutenu, pendant long-temps, l'opinion contraire, d'après l'autorité d'Hippocrate, qui établissait qu'il y avait deux termes pour la viabi-

lité, l'un à sept, l'autre à neuf mois; les enfans de huit mois étaient censés moins viables que ceux de sept : nous nous abstiendrons de rapporter en détail les raisonnemens qui semblaient étayer cette opinion, que l'expérience journalière démontre n'être pas vraie; nous dirons seulement que l'on a été, sans doute, induit en erreur parce que des fœtus de sept mois, dont la naissance n'avait été sollicitée par aucune violence, avaient vécu, tandis qu'on voyait périr la plupart de ceux qui naissaient au huitième mois, à la suite d'une chute de la mère, de coups qu'elle aurait reçus, etc : la viabilité, dans ce cas, ne tenait pas à ce que le fœtus était moins âgé, mais bien à ce que l'accouchement avait été naturel.

Si, par une cause quelconque, dit M. Dubois, l'accouchement a lieu avec la dilatation convenable du col de l'utérus, au septième mois, l'enfant sort sans peine et peut vivre. Si la femme accouche, au contraire, à huit mois, à la suite d'un choc, d'une violence, etc, l'accouchement sera plus laborieux, parce que le col de l'utérus ne sera pas convenablement dilaté, et l'enfant pourra périr : c'est ainsi qu'on peut expliquer pourquoi certains enfans de sept mois sont plus viables que d'autres de huit mois. (Leçons orales.)

Il résulte de ce qui précède, 1° que les fœtus sont, en général, d'autant plus viables qu'ils approchent davantage du terme de la grossesse; 2° qu'il est impossible d'assigner au juste l'époque de la gestation où ils jouissent de cette faculté, puisque la viabilité est entièrement subordonnée au développement et à la perfection des organes, et surtout à ceux de la respi-

ration ; 3° que c'est, par conséquent, à tort que l'on a établi en principe, que l'on doit considérer comme mort-nés les enfans qui naissent avant la fin du septième mois, les dispositions législatives n'étant nullement d'accord avec cette assertion ; 4° qu'il n'est pas vrai non plus, comme on l'a publié, que l'on doive *admettre* que l'enfant est *constamment* viable à la fin du septième mois ; 5° qu'il est indispensable, lorsqu'on est appelé à décider une question de ce genre, d'appuyer son jugement sur la structure, l'organisation et la maturité des parties qui peuvent permettre ou ne pas permettre l'exercice des fonctions les plus importantes ; 6° que l'homme de l'art ne doit jamais hésiter à déclarer viable un enfant de sept mois, lorsque sa décision peut tranquilliser un époux inquiet, et conserver la paix dans une famille pour laquelle un jugement contraire serait le signal de dissensions fâcheuses ; d'ailleurs, il pourrait être taxé d'impéritie s'il contestait la possibilité du fait, puisqu'on a vu, rarement à la vérité, vivre pendant long-temps des fœtus de sept mois.

Signes de viabilité d'un fœtus vivant. On devra déclarer un enfant *viable*, s'il pousse des cris forts en naissant ou peu de temps après la naissance, ce qui annonce que la respiration est bien établie ; s'il exécute facilement des mouvemens assez étendus ; s'il saisit bien le mamelon ou s'il suce le doigt que l'on introduit dans sa bouche ; s'il rend aisément l'urine et le méconium ; si les os du crâne sont solides, prêts à se toucher par leurs bords ; si les fontanelles sont peu évasées ; si les cheveux, les poils et les ongles sont bien formés ;

si la peau est légèrement rosée ; si les proportions de la tête, des membres abdominaux et thoraciques sont telles que nous les avons indiquées en parlant des fœtus à terme ; si l'insertion du cordon ombilical ne répond pas à un point fort au-dessous du milieu du corps. Ces caractères auront encore plus de valeur si la longueur du fœtus est de quatorze à dix-huit pouces, et son poids de quatre à six livres ; toutefois, des enfans doivent être déclarés viables, s'ils réunissent les conditions mentionnées, lors même que leur poids et leur longueur seraient sensiblement inférieurs à ceux que nous venons d'indiquer.

On regardera le fœtus comme *non viable,* s'il est muet ou qu'il ne pousse que des plaintes continuelles ; s'il ne remue pas les membres ou s'il n'exécute que des mouvemens excessivement faibles ; s'il ne tète pas et s'il ne suce pas le doigt qu'on lui met dans la bouche ; si les excrétions de l'urine et du méconium ne se font pas ou se font mal ; s'il dort presque continuellement ; si les os du crâne sont mous ou assez peu solides pour ne pas résister à la plus légère pression ; s'ils sont trop écartés les uns des autres ; si les fontanelles sont très-larges ; si les cheveux et les poils sont rares, courts et d'une couleur peu foncée ; si, au lieu d'ongles, on ne voit que des lames minces qui ne recouvrent pas les doigts ; si la peau est d'un rouge pourpre, surtout aux mamelles, aux oreilles, etc., ou bien si elle est marbrée, parsemée de vaisseaux bleuâtres ; si la tête est beaucoup trop volumineuse, par rapport aux autres parties du corps ; si la longueur des membres thorachiques dépasse de beaucoup celle des membres abdomi-

naux ; si le cordon ombilical s'insère près du pubis ; si les paupières sont collées; si la membrane pupillaire existe : en un mot, s'il est tellement chétif que les fonctions les plus importantes aient de la peine à s'exécuter. Ces caractères acquerront beaucoup plus de valeur, si la longueur et le poids du corps annoncent que le fœtus est à peine âgé de cinq à six mois. Les enfans qui offriraient l'ensemble des signes que nous venons de faire connaître devraient être déclarés *non viables*, lors même qu'ils pèseraient de quatre à cinq livres, et que la longueur de leur corps serait de douze à quatorze pouces.

S'il arrivait qu'un enfant chétif, vivant déjà depuis plusieurs semaines, fût l'objet d'un rapport médico-légal, l'homme de l'art ne prononcerait sur sa *viabilité* qu'avec réserve, lors même qu'il aurait pu constater la plupart des caractères mentionnés dans le paragraphe précédent : il devrait suspendre son jugement et demander à faire un second rapport plus tard.

Signes de viabilité d'un fœtus mort. Si, comme il peut arriver dans certaines questions de droit civil, le médecin était appelé pour juger si un enfant mort était *né viable*, il devrait s'attacher d'abord à reconnaître qu'il est né vivant (*voyez* page 255); il éviterait de confondre avec les phénomènes qui caractérisent la vie extérieure, certains mouvemens des membres, des cris faibles, des battemens de cœur, etc., que l'on dirait avoir aperçus ou sentis, et qui ne sont que les derniers traits de la vie fœtale ; il constaterait ensuite l'état, les proportions et les rapports des organes extérieurs indiqués dans les deux paragraphes précé-

dens, et qui sont les cheveux, les poils, les ongles, la peau, la tête, le cordon ombilical, etc.; il faudrait ensuite procéder à l'ouverture du cadavre, et examiner attentivement si le développement du système osseux, du cerveau, du cœur, des *poumons*, du foie, de l'estomac et des intestins, des reins et de la vessie, etc., annonce que le fœtus est âgé de six, de sept, huit ou neuf mois (*voyez* page 48), et si ces organes semblaient avoir atteint le degré de perfection nécessaire pour exercer les fonctions sans lesquelles la vie extra-utérine ne saurait se prolonger.

Nous ne terminerons pas cet article sans faire observer que, si la solution des questions relatives à la *viabilité* des fœtus doit être basée sur l'état plus ou moins parfait de leurs organes, il importe aussi d'avoir égard à d'autres caractères que l'on pourrait appeler *secondaires* : ainsi, tout étant égal d'ailleurs, on sera d'autant plus disposé à admettre la possibilité de vivre, que la mère de l'enfant aura joui d'une meilleure santé pendant la grossesse, que l'accouchement n'aura pas été provoqué, qu'il se sera terminé avec facilité, que l'arrière-faix sera dans l'état naturel, etc.

VINGT-TROISIÈME LEÇON.

De la viabilité des fœtus monstrueux.

Parmi les nombreuses classifications des monstruosités proposées par les auteurs, celle que le docteur Breschet vient d'esquisser à l'article *Déviation* du Dictionnaire de médecine, nous paraît la plus propre à faci-

liter la solution du problème qui va nous occuper. Les monstruosités y sont distribuées en quatre ordres, savoir : les agénèses, les hypergénèses, les diplogénèses et les hétérogénèses.

PREMIER ORDRE. — AGÉNÈSES, ou déviation organique avec diminution de la force formatrice.

Premier genre. Déviation organique par absence des organes, ou défaut dans leur développement. Ce genre comprend plusieurs espèces.

1° *L'acéphalie* (de α priv. et de κεφαλη, tête.) On désigne ainsi la monstruosité dans laquelle il y a absence totale des parties qui composent la tête, et quelquefois même de celles qui constituent une portion du tronc. On peut en quelque sorte indiquer d'avance les parties du tronc qui doivent manquer chez les *acéphales*, en ayant égard à une remarque fort importante faite par M. Béclard, savoir, *que l'on voit constamment manquer chez ces individus toutes les parties externes et internes qui reçoivent leurs nerfs des centres nerveux qui siégent dans la partie du corps qui manque :* ainsi, comme le cerveau, le cervelet et la moelle allongée n'existent jamais chez les acéphales, on ne devra trouver aucun des organes auxquels ils envoient des nerfs; et, par la même raison, plus la moelle épinière aura perdu de sa longueur par en haut, plus il manquera de parties supérieures du corps. Les poumons manquent en général chez les monstres dont nous parlons, et jusqu'à ce jour on n'en connaît que quatre où l'on ait rencontré le cœur. Il résulte évidemment de ce qui précède, que les acéphales ne sont pas viables.

2° *L'anencéphalie* (de α priv. et εγκεφαλον, encéphale),

qui consiste dans l'absence du cerveau, du cervelet et du crâne, et plus souvent dans l'absence plus ou moins complète du cerveau et de la partie supérieure du crâne. La moelle allongée existe : aussi trouve-t-on le cou, les viscères thorachiques, les organes des sens, le pharynx, le larynx et toute la face. Les *anencéphales* ne peuvent pas être déclarés viables : toutefois ils peuvent vivre pendant quelque temps; on en a vu qui n'ont péri que vingt jours après la naissance, parce que le bulbe supérieur du prolongement rachidien, d'où naissent les nerfs qui se distribuent aux appareils digestif et respiratoire, n'était point détruit chez eux; lorsque ce bulbe est attaqué, la mort suit de près la naissance.

L'*hydrocéphalie congénitale* n'existe jamais sans qu'il y ait eu défaut de développement de quelques-unes des parties de l'encéphale : on en connaît plusieurs variétés; les deux principales sont, 1° celle dans laquelle la sérosité baigne les parties rudimentaires de l'encéphale; elle est suivie d'une mort prompte; 2° celle dans laquelle le liquide est renfermé dans les ventricules de l'encéphale; l'individu qui en est atteint peut vivre pendant plusieurs années.

3° *L'absence ou l'imperfection de la face.* La première de ces monstruosités est désignée sous le nom d'*aprosopie* (de α priv. et προσωπον, face), tandis qu'on donne à l'autre le nom d'*ateloprosopie*; celle-ci est moins rare que l'aprosopie; elle est souvent accompagnée d'une imperfection plus ou moins grande des os du crâne. Les fœtus atteints de ce genre de monstruosité manquent de cerveau, et doivent par conséquent être

assimilés aux anencéphales sous le rapport de la viabilité.

4° L'absence des *yeux*, des *paupières* ou de l'*iris*, ne saurait être considérée comme un motif de non viabilité. L'absence de la *bouche* n'a lieu que lorsque la face manque ; d'où il suit que les enfans atteints de ce vice de conformation ne sont point viables. L'absence des *lèvres* est excessivement rare et n'entraîne point par elle-même la mort du fœtus. Les enfans qui n'ont point de *luette* vivent aussi long-temps que ceux qui sont bien conformés. La *langue* ne manque le plus souvent que lorsqu'il y a absence de la face; toutefois le défaut de cet organe, la face étant dans son intégrité, n'exclut point la possibilité de vivre : ce n'est que lorsqu'il y a absence ou imperfection de la face, que la *mâchoire inférieure* manque. (Voyez *Absence de la face*.) On n'a encore observé le défaut complet de l'oreille que dans l'acéphalie vraie; s'il ne manque que l'oreille externe, l'individu est viable.

5° L'absence de l'épiglotte, du pénis, du scrotum, des testicules, des vésicules séminales, de l'utérus et de ses annexes, du vagin, de quelques vertèbres, de quelques côtes, de la totalité ou d'une partie des membres, n'influe pas sensiblement sur la vie de l'individu ; il en est de même de l'absence d'un des reins ou de la vessie : on a vu, lorsque ce dernier organe manquait, les uretères s'ouvrir dans le rectum ou aboutir au vagin, ce qui obligeait l'individu à uriner souvent.

6° L'absence de l'œsophage, de l'estomac, du foie, du cœur et des poumons, qui peut avoir lieu quoique la tête soit bien développée, malgré l'assertion contraire des auteurs, entraîne nécessairement la mort dans un court espace de temps.

7° Si les cloisons auriculaire et ventriculaire du cœur permettent le mélange du sang artériel et du sang veineux, l'individu est viable ; mais alors il est atteint de cyanose : c'est probablement à ce vice de conformation qu'il faut rapporter ce que les auteurs ont publié sur des cœurs uniloculaires. L'absence de la totalité ou d'une partie du diaphragme ne suffit point pour ranger l'individu parmi les êtres non viables.

8° Nous ne parlerons pas des nains, des ragots et des crétins, qui sont tous viables, parce qu'il est très-difficile de donner des caractères qui puissent les faire reconnaître aux premières époques de la vie.

Deuxième genre. Déviation organique avec fissure ou fente sur la ligne médiane du corps. Ce genre comprend un assez grand nombre d'espèces.

Les fœtus chez lesquels les lèvres, les os maxillaires, la langue, le voile du palais, la vessie, la verge, l'urètre, la matrice ou le vagin sont fendus à la partie moyenne, sont viables. Ceux dont le crâne est divisé à sa partie moyenne par suite de la lenteur avec laquelle l'ossification s'est opérée, sont atteints d'un encéphalocèle qui peut guérir par les moyens compressifs, s'il est léger, et qui est presque toujours mortel, s'il est volumineux. Il en est de même pour la hernie du cervelet. Ceux qui sont affectés d'*hydrorachis* (*spina bifida*), périssent peu de jours après la naissance, au bout de quelques mois, ou au plus tard au bout d'une ou deux années. Les observations rapportées par les auteurs, d'individus qui auraient vécu pendant plusieurs années, sont loin de prouver qu'il y eût hydrorachis. La division du *sternum* n'entraîne point la mort.

La division de l'abdomen détermine la hernie des viscères abdominaux, et peut être promptement mortelle si le déplacement est considérable. On doit rapprocher de ce vice de conformation l'*excomphale* ou la hernie ombilicale dans laquelle se trouvent quelquefois, non-seulement les organes abdominaux, mais encore les viscères thorachiques. M. Béclard a décrit un exemple de cette monstruosité, où la tumeur renfermait en outre le front et la face de l'enfant. Il est évident que ces êtres ne peuvent pas vivre. L'*exstrophie* de la vessie n'entraîne point la mort du fœtus.

Troisième genre. Déviation organique avec imperforation.

La persistance de la membrane pupillaire, l'union des paupières, l'imperforation de la bouche, de l'anus, de l'urètre, du vagin et de la matrice, ne sauraient être regardées comme des motifs de non viabilité, à moins qu'il n'y ait oblitération de l'œsophage ou du gros intestin.

Quatrième genre. Déviation organique avec union ou confusion des parties.

Monopsie (de μονος seul, et ωψ œil.) On désigne ainsi les fœtus chez lesquels il y a eu rapprochement ou fusion plus ou moins grande des deux yeux, par suite de l'absence complète ou partielle des parties qui composent l'appareil olfactif. La face des monopses est presque toujours plus courte et moins large que celle des fœtus bien conformés; ils n'offrent qu'un seul œil placé à la partie moyenne, à une égale distance du front et du menton; on ne trouve à la place du nez qu'une surface lisse qui sépare l'œil de la bouche : l'eth-

moïde, les os propres du nez, les os palatins, les unguis et les nerfs olfactifs manquent toujours. Le cerveau est excessivement petit, ou réduit en une sorte de bouillie claire : on ne voit qu'un hémisphère cérébral. On doit assimiler ces êtres, sous le rapport de la viabilité, aux anencéphales, quoiqu'il soit avéré qu'un poulain monopse ait vécu quatre mois.

La réunion des membres abdominaux, des doigts ou des orteils, ainsi que l'inversion des extrémités des membres pelviens et thorachiques, n'est pas un motif de non viabilité.

DEUXIÈME ORDRE. — HYPERGÉNÈSES. Déviation organique avec augmentation de la force formatrice. Cet ordre comprend deux genres, dans lesquels viennent se ranger les *géants* et les fœtus dont la tête, la face, les membres sont gros, ou qui offrent plusieurs membres, plusieurs doigts, plus de vingt-quatre vertèbres ou de vingt-quatre côtes, ou de trente-deux dents, des muscles doubles, plus d'un mamelon à chaque mamelle, ou plusieurs mamelles, deux ou trois cœurs, deux duodénum, trois reins, deux vagins, deux utérus, trois oreilles, trois ou cinq yeux, etc. Tous ces fœtus sont viables.

TROISIÈME ORDRE. — DIPLOGÉNÈSES. Déviation organique avec réunion des germes.

Premier genre : par fusion ou par adhérence; ce genre renferme quatre espèces : 1° deux individus sont accolés par quelque point de la surface de leur corps, et présentent chacun en apparence, du moins, toutes leurs parties distinctes. Ces fœtus sont viables, comme le prouve l'histoire si généralement connue

d'Hélène et Judith, qui vécurent vingt et un ans, et qui étaient unies seulement par la partie inférieure de la région lombaire. 2° Deux ou trois individus sont accolés, mais il y a eu fusion profonde et disparition de quelques-uns des membres (1); ainsi on ne trouve que trois bras ou trois jambes, ou quatre bras et deux membres inférieurs, ou quatre jambes et deux bras, ou bien deux bras et trois jambes; la viabilité de ces êtres ne saurait être contestée. 3° Deux individus peuvent être séparés dans leur partie supérieure et réunis dans leur partie inférieure, et, dans ce cas, il peut n'y avoir que trois membres supérieurs : ces fœtus sont viables. 4° Le monstre est viable lorsqu'il est simple supérieurement, et double inférieurement; c'est-à-dire lorsqu'il offre une tête et deux corps.

Deuxième genre : par pénétration. Ce genre comprend deux espèces : 1° un des individus est en partie détruit, et la portion restante fait saillie hors du corps de l'autre individu, aux dépens duquel il est nourri. Les exemples de cette nature ne sont point rares et l'on sait que le fœtus contenu n'est jamais viable, mais que celui qui le renferme peut vivre pendant plusieurs années. 2° Un des fœtus est totalement contenu dans l'autre, comme on peut s'en convaincre par les faits suivans : A. Bissieu s'était plaint, dès qu'il avait pu balbu-

---

(1) Fattori observa, en 1810, un fœtus dans lequel on voyait manifestement les débris de deux autres fœtus : l'existence de trois individus de l'espèce humaine réunis, qui avait été révoquée en doute par quelques auteurs, doit donc désormais être regardée comme possible.

tier, d'une douleur au côté gauche qui était tuméfié; à l'âge de treize ans, il fut pris tout-à-coup de fièvre: sa tumeur devint volumineuse et très-douloureuse; il ne tarda pas à rendre par les selles des matières puriformes et fétides, et à éprouver la plupart des symptômes de la phthisie pulmonaire : peu de temps après, il rendit par les selles un peloton de poils, et il mourut au bout de six semaines dans un grand état de consomption. A l'ouverture du cadavre, on vit que la tumeur était renfermée dans un kyste situé dans le mésocolon transverse, près du colon et hors des voies de la digestion. La masse qui remplissait ce kyste contenait évidemment quelques organes des sens, un cerveau, une moelle de l'épine, des nerfs, des muscles, un squelette, un cordon ombilical composé d'une artère et d'une veine; les organes de la digestion, de la respiration et de la sécrétion de l'urine et de la génération manquaient. (Bulletin de la Société de Médecine, 1re année, pag. 4.) B. Higmore rapporte qu'un jeune homme âgé de seize ans, périt après avoir éprouvé des douleurs atroces dans l'abdomen. L'épigastre, la région ombilicale et les hypochondres étaient occupés par une tumeur de forme irrégulière, contenue dans un sac qu'enveloppait l'épiploon, et dans lequel on voyait un fœtus imparfait. (Case of fœtus found in the abdomen of a young man, 1815.) Ces observations ne sont pas les seules que nous pourrions citer : on en connaît déjà quatorze autres, que le docteur A. Lacheze, d'Angers, a rassemblées avec soin dans sa dissertation inaugurale intitulée : *De la Duplicité monstrueuse par inclusion* (Paris, juillet 1823). Ici, comme dans l'espèce

précédente, le fœtus contenu n'a jamais été viable, tandis que celui qui le contenait l'a toujours été.

QUATRIÈME ORDRE. — HÉTÉROGÉNÈSES. Déviation organique avec qualités étrangères du produit de la génération.

M. Breschet range dans cet ordre : 1° les fœtus extra-utérins : ils ne sont point viables ; 2° ceux dont les organes sont renversés, comme, par exemple, lorsque le cœur est à droite, le foie à gauche, etc. : ces enfans peuvent vivre aussi long-temps que les autres ; 3° ceux qui naissent à la suite des grossesses multiples : on sait que les jumeaux sont viables lorsqu'ils sont au nombre de deux, qu'il est rare de les voir vivre quand il y en a trois, et qu'il n'y a point d'exemple qu'ils aient vécu quand ils étaient quatre ; 4° les albinos et les chacrelats (albinos des nègres) : ils sont viables ; 5° ceux qui sont atteints de cyanose : ils peuvent vivre ; 6° enfin ceux qui sont atteints de jaunisse ou de l'induration du tissu cellulaire : les uns et les autres sont viables, mais les derniers périssent souvent quelques jours après la naissance.

RAPPORTS SUR LA VIABILITÉ DU FOETUS.

Premier rapport. Nous soussigné, etc. Arrivé dans la chambre, on nous a présenté le cadavre d'un enfant du sexe masculin, né depuis six jours, et mort la veille. La mère nous a dit être enceinte de sept mois lorsqu'elle était accouchée, qu'elle n'avait jamais été malade, et que l'accouchement avait été facile ; M. X., accoucheur, a également attesté que le travail avait été

de courte durée et sans accident; il croyait pouvoir attribuer la mort de l'enfant à ce qu'il aurait été imprudemment exposé à l'action d'un air très-froid, trois jours après la naissance.

Nous avons procédé à la visite et à l'ouverture du cadavre, et nous avons reconnu qu'il était long de quatorze pouces deux lignes; qu'il pesait trois livres deux onces un gros; que la moitié du corps répondait à un pouce environ au-dessus de l'ombilic; que le cordon ombilical était tombé depuis peu; que la peau était rosée et recouverte d'un enduit sébacé; que les ongles étaient déjà assez consistans; que le cerveau, d'un blanc jaunâtre, n'offrait aucune trace de matière grise; que les poumons étaient bien développés, qu'ils étaient gorgés de sang et comme hépatisés, et que néanmoins ils étaient plus légers que l'eau; que la membrane muqueuse qui les revêt, était d'un rouge vif : du reste, tous les autres organes étaient sains; le cadavre était froid, les membres raides, et on n'apercevait aucun signe de putréfaction.

Ces faits nous portent à conclure : 1° que l'enfant dont il s'agit était âgé d'environ sept mois; 2° qu'il a vécu; 3° qu'il est mort depuis peu; 4° que s'il est vrai que la plupart des enfans de cet âge périssent, il en est qui vivent, et que celui-ci était assez bien conformé pour qu'il fût permis de le considérer comme *viable*, d'autant plus que, pendant trois jours, il avait exercé librement ses fonctions; 5° qu'il a succombé à une inflammation des poumons, occasionée probablement par l'action du froid. En foi de quoi, etc.

Deuxième rapport. Nous soussigné, etc. Arrivé dans

la maison n°....., nous avons trouvé un enfant vivant, du sexe masculin, né la veille, que l'on nous a dit être à terme, et que l'on supposait ne pas être viable, parce qu'il était resté pendant deux heures dans un état de mort apparente, et qu'après être parvenu à force de soins à le ranimer, il était retombé dans cet état, d'où il avait été difficile de le retirer. Du reste, nous avons appris que la mère était primipare, que le travail avait duré trente-six heures, et qu'au moment de la naissance, la face du nouveau-né était tuméfiée et violette, et qu'on avait à peine laissé saigner le cordon ombilical avant de le lier.

Nous avons procédé à l'examen de l'enfant, et nous avons reconnu qu'il offrait le volume et la grosseur d'un fœtus à terme; que le cordon ombilical répondait à peu près à la moitié du corps; que les cheveux et les ongles étaient bien formés, mais qu'effectivement il n'exécutait aucun mouvement, et que la respiration était suspendue; la face était rouge et tuméfiée. Après avoir détaché la double ligature du cordon ombilical, et avoir laissé écouler environ deux cuillerées de sang, nous avons remarqué de légers mouvemens dans les membres; des frictions faites sur le thorax et sur la colonne vertébrale ont bientôt amené les changemens suivans : la respiration s'est rétablie, l'enfant a poussé des cris, ses mouvemens sont devenus plus forts et plus étendus, et le sang a cessé de sortir par les vaisseaux ombilicaux. Au bout de deux heures, la face était décolorée, et rien n'annonçait que le nouveau-né dût éprouver encore les accidens dont il vient d'être fait mention.

Il résulte de ce qui précède : 1° que le nouveau-né soumis à notre examen est à terme ; 2° qu'il est viable ; 3° que si la vie a paru suspendue pendant quelque temps, cela doit être attribué à la durée du travail de l'accouchement, et à ce que l'enfant n'a pas été secouru convenablement. En foi de quoi, etc.

De la paternité et de la maternité.

Paternité. L'enfant conçu pendant le mariage, dit le Code civil, a pour père le mari; cependant il est des cas, prévus par les articles 312, 313, 314 et 315 du même Code (*voyez* page 232), où la paternité peut être contestée. La législation actuelle est tellement précise à cet égard, que les magistrats prononcent facilement sur toutes les questions de ce genre, sans avoir besoin de consulter les gens de l'art, excepté lorsqu'il s'agit de constater si l'enfant est né viable, si la naissance a été tardive ou précoce. Envisagé sous le rapport médico-légal, ce problème rentre donc dans ce qui a été dit à l'occasion de la *viabilité* et des *naissances précoces* et *tardives*. (*Voyez* pages 367 et 231.)

Mais il est un point qui mérite de fixer un instant notre attention, parce qu'il a été quelquefois l'objet de consultations médico-légales. Une femme veuve depuis un ou deux mois se marie, quoiqu'il soit dit expressément dans l'article 228 du Code civil, qu'elle ne peut contracter un nouveau mariage que dix mois après la dissolution du mariage précédent; elle accouche avant la fin du dixième mois de son veuvage; on demande *lequel du premier ou du second mari est le père de l'en-*

fant? Il est évident, d'après la législation qui nous régit, que l'enfant peut appartenir aussi bien à l'un qu'à l'autre des maris ; en effet, il est légitime s'il naît entre le sixième et le dixième mois du mariage (*voyez* articles 312, 313, 314 et 315 du code civil); on peut donc le regarder comme fils du premier mari, parce qu'il est né avant la fin du dixième mois, à dater du jour de sa mort, ou le considérer comme appartenant au second mari, s'il est né après le sixième mois du second mariage.

On ne peut se dissimuler combien il est difficile de résoudre une pareille question. Admettrons-nous avec Zacchias qu'il faudra comparer l'enfant aux deux maris pour voir s'il ressemble plutôt au premier qu'au second, et déterminer si le premier mari était vieux, faible, épuisé, malade depuis long-temps, et par conséquent peu disposé à cohabiter avec sa femme ; s'il était ou s'il n'était pas aimé de celle-ci ; si l'immaturité de l'enfant est telle qu'il ne puisse pas avoir été conçu depuis long-temps, etc. ? Ces considérations, prises isolément, ne permettent tout au plus que d'établir des présomptions ; leur ensemble peut, dans des circonstances assez rares, changer les présomptions en probabilités : l'âge du nouveau-né surtout doit fixer l'attention de l'homme de l'art. Supposons en effet que la veuve se soit mariée deux mois et demi après la mort du mari, et quelle accouche sept mois après le second mariage : l'enfant sera à terme s'il appartient au premier mari, tandis qu'il aura tout au plus sept mois s'il est le fruit du second mariage : or, il n'est pas difficile de distinguer si un fœtus est à terme ou à sept mois, surtout

lorsqu'il périt et que l'on peut examiner l'état des organes intérieurs : toutefois on aurait tort d'*affirmer*, d'après ce seul fait, que l'enfant appartient au premier époux, s'il est à terme, parce que la femme peut n'être devenue enceinte que quelques jours après la mort du mari. Le docteur Capuron, après avoir analysé et discuté les faits qui se rattachent à cette question, croit devoir trancher la difficulté en établissant que le mariage contracté avant l'expiration des trois cents jours ou des dix mois depuis la dissolution du précédent, doit faire attribuer l'enfant au second mari, à moins que celui-ci ne soit autorisé par les lois en vigueur à le désavouer (*voyez* l'article 314 du Code civil, page 232); car alors l'enfant aurait pour père le premier mari. « Nous avons cru pouvoir hasarder notre opinion sur cette question épineuse, dit ce médecin; nous n'avons point trouvé qu'elle ait été encore résolue par les tribunaux, et la police sévère qu'on observe relativement aux mariages fait présumer qu'elle ne se présentera pas de long-temps. (Médecine légale relative à l'art des accouchemens, page 291.)

Maternité. On peut prouver, à défaut de témoins, qu'une femme a été mère, en prouvant qu'elle a été enceinte et qu'elle est accouchée; mais il est impossible d'établir positivement qu'elle est la mère d'un enfant qu'on lui attribue, ou qu'elle dit lui appartenir; on ne parvient tout au plus qu'à démontrer, dans certaines circonstances, que l'accouchement a eu lieu à peu près à l'époque de la naissance de cet enfant. Cette question, comme on voit, peut être agitée, 1° lorsqu'il y a eu *exposition*, *suppression*, *supposition* ou *substitu-*

tion de part; (*Voyez* page 364.) 2° lorsqu'un individu se dit le fils d'une femme qui prétend n'être jamais accouchée; 3° lorsqu'enfin un aventurier se déclare le fils et l'héritier d'une personne dont le véritable fils est mort ou absent depuis plusieurs années.

FIN DE LA PREMIÈRE PARTIE.

LEÇONS

DE

MÉDECINE LÉGALE.

SECONDE PARTIE.

VINGT-QUATRIÈME LEÇON.

Des maladies simulées, prétextées, dissimulées et imputées.

On désigne sous le nom de *maladies simulées* celles que l'on feint d'avoir : on dit qu'elles sont *prétextées* lorsqu'on veut faire servir des maladies réelles à l'accomplissement d'un but qui consiste ordinairement à se décharger d'une fonction plus ou moins pénible, ou à obtenir un avantage quelconque. Les maladies *dissimulées* sont celles que l'on cache; tandis qu'on donne le nom de maladies *imputées* à celles que l'on prétend exister chez un individu qui n'en est pas atteint.

Des maladies simulées ou feintes.

Les maladies simulées, avons-nous dit, sont celles que l'on feint d'avoir, en imitant plus ou moins bien

les symptômes de la maladie que l'on cherche à simuler. Dans ces derniers temps, M. Marc a proposé d'appeler ces maladies, *simulées par imitation*, pour les distinguer de celles qu'il nomme *simulées par provocation*. Dans le premier cas, dit notre savant confrère, la maladie n'existe pas, elle est feinte : telle est l'épilepsie simulée; dans l'autre cas, au contraire, la maladie est réelle, mais elle est l'effet d'un artifice : elle a été provoquée dans le dessein d'en imposer et de faire croire à l'existence d'une affection dont la durée est plus ou moins longue; c'est ainsi qu'en appliquant sur la conjonctive une poudre irritante, on provoque une ophthalmie. Quelle que soit la difficulté que l'on éprouve, dans certaines circonstances, à distinguer si la maladie est provoquée, nous pensons devoir admettre la division proposée par le docteur Marc, parce qu'elle est l'expression rigoureuse de ce qui se passe journellement sous nos yeux.

Généralités sur les maladies simulées. Ces généralités doivent comprendre l'histoire des motifs qui portent à feindre les maladies, et celle des moyens généraux propres à faire découvrir que l'affection n'est point réelle.

Des motifs qui portent à simuler les maladies. Ces motifs sont, 1° le désir de se soustraire à certaines charges : ainsi on voit des individus qui se disent malades pour ne point répondre à des assignations; d'autres veulent s'exempter du service militaire ou se faire réformer, et simulent, avec une effronterie dont on a peine à se faire idée, des affections souvent fort graves; 2° l'intention d'éviter une peine afflictive ou

infamante, ou de la faire adoucir : combien de fois n'a-t-on pas vu des prisonniers avoir recours à ce moyen pour obtenir leur élargissement, ou du moins un adoucissement à leur punition ; 3° le désir d'exciter la compassion publique : on connaît la fourberie de ces mendians dont le corps est monstrueusement emphysémateux par suite de l'injection d'une certaine quantité d'air dans le tissu cellulaire sous-cutané, de ceux dont la peau est couverte de plaies et d'ulcères qui sont leur ouvrage, de ceux qui feignent les convulsions, l'extase, etc. ; 4° l'intérêt pécuniaire, comme, par exemple, lorsqu'on aggrave les effets d'une blessure légère pour avoir droit à des dommages et intérêts plus considérables ; 5° l'ambition, la haine, la crainte, le chagrin, la paresse, l'amour et le fanatisme : tout commentaire ici deviendrait inutile.

Des moyens généraux propres à faire connaître que la maladie n'est point réelle. 1° On déterminera d'abord si l'affection est de nature à pouvoir être imitée ou provoquée : en effet, il est des maladies que l'on peut aisément simuler, comme l'aphonie, des douleurs nerveuses, un très-grand nombre de lésions des fonctions intérieures, etc. ; il en est d'autres, au contraire, qu'il est difficile et quelquefois même impossible de feindre : telles sont les fièvres, l'anévrysme du cœur, la cataracte, etc.

2° On examinera si la maladie dont il est question est du nombre de celles auxquelles l'individu devrait être plus exposé à raison de son âge, du sexe, de son tempérament, de ses habitudes et du genre de vie qu'il mène.

3° On aura égard à la situation morale de la personne : l'état de ses affaires, ou d'autres motifs, peuvent-ils la porter à feindre une maladie qu'elle n'a pas ?

4° On interrogera l'individu avec adresse, de manière à ce qu'il soit obligé de répondre autrement que par *oui* et par *non* : par ce moyen on le fera souvent tomber en contradiction, ou bien on lui fera avouer qu'il éprouve des symptômes qui sont incompatibles avec la maladie qu'il dit avoir. L'histoire rapportée par Sauvages vient à l'appui de ce précepte : « Une fille de sept ans imitait si parfaitement les gestes et les mouvemens de ceux qui tombent en épilepsie, qu'il n'y avait personne à l'hôpital général qui n'y fût trompé. Sauvages lui demanda si elle ne sentait point un air qui passait de la main à l'humérus, et de là dans le dos et dans le fémur ; elle répondit que oui : il ordonna qu'on lui donnât le fouet, et la recette fit tant d'effet sur elle qu'elle se trouva parfaitement guérie. » (Nosologie méthodique, tome IV, page 120, édition de 1772.) Les questions devront être posées avec d'autant plus de finesse que les facultés intellectuelles du malade douteux paraîtront plus développées, et son esprit plus cultivé ; on conçoit en effet qu'il sera souvent facile de trouver en défaut un ignorant qui ne serait point rusé.

5° On cherchera à surprendre l'attention de l'individu, en lui faisant exécuter des mouvemens et des actes auxquels il serait hors d'état de se livrer s'il était réellement atteint de la maladie qu'il accuse.

6° On s'attachera particulièrement à l'examen des causes qui auront pu donner naissance à la maladie ; sont-elles en rapport avec celle-ci, l'individu hésite-

t-il à assigner une origine quelconque à la maladie dont il se dit attaqué?

7°. Mais c'est surtout en comparant les symptômes avec ceux que l'on devrait observer si la maladie était réelle, que l'on parviendra à connaître la vérité. Ici c'est un fourbe qui fait une exposition assez exacte des phénomènes morbides pour en imposer au premier abord; mais il est trahi parce qu'il fait paraître ces symptômes dans un ordre et dans une succession insolites; là c'est un homme qui craint de ne pas caractériser assez bien l'affection qu'il veut simuler, et qui accuse des phénomènes que l'on n'observe jamais dans cette maladie; plus loin, le faux malade croit bien faire en simulant à chaque visite de nouveaux symptômes, et en omettant de désigner ceux dont il s'était plaint d'abord, et qui étaient en quelque sorte caractéristiques de l'affection.

8° On conseillera des médicamens, et on aura égard aux effets qu'ils produisent et à l'empressement que l'individu met à les prendre; car on sait que, dans la plupart des cas, les personnes bien portantes répugnent à faire usage de substances d'une odeur et d'une saveur désagréables : on pourra donc, en épiant ces personnes à plusieurs reprises, en les surprenant en quelque sorte, s'assurer si elles cachent les médicamens prescrits.

9° On fera également attention à la nature des boissons et des alimens que l'individu paraît préférer. Ne serait-on pas en droit de soupçonner qu'une affection bilieuse est simulée, si le malade douteux repoussait les boissons acidules froides et les alimens légers, pour

obtenir des viandes, des boissons alcoholiques, etc.?

10° Si la maladie que l'on accuse est du nombre de celles qui se manifestent par des accès, on observera l'individu peu de temps avant l'attaque et pendant qu'elle a lieu ; on surveillera alors ses gestes, ses cris, son pouls, etc.

11° On n'aura recours à des moyens énergiques, tels que la fustigation, la cautérisation, etc., qu'autant qu'on sera à peu près convaincu que la maladie est simulée ou que l'individu affirmera qu'il a complétement perdu la sensibilité dans un membre ou dans une de ses parties; mais il sera souvent utile, pour l'intimider, de lui proposer l'emploi des moyens les plus violens.

Tels sont les préceptes généraux qui doivent servir de base aux médecins chargés de décider s'il y a ou non simulation d'une maladie ; sans doute il en est encore beaucoup d'autres fondés sur les connaissances psycologiques et physiologiques les plus positives, que l'on ne saurait exposer d'une manière générale, parce qu'ils peuvent varier à l'infini. Le médecin ne peut découvrir la ruse, comme l'a fort bien dit le docteur Marc, dans un excellent article du Dictionnaire de médecine (DÉCEPTION, tome VI), que par l'emploi de ressources ingénieuses, et en quelque sorte improvisées.

§ Ier.

Des maladies simulées par imitation.

On désigne ainsi, comme nous l'avons déjà dit, les maladies qui n'existent pas et que l'on feint d'avoir : les

principales de ces maladies sont l'amaurose, la myopie, le strabisme, l'écoulement fétide des oreilles, la surdité, le mutisme, le bégaiement, l'ozène, la paralysie, la claudication, la contracture, l'obstipation, le tremblement, les convulsions, les douleurs, la nostalgie, la folie, l'épilepsie, la déglutition difficile, le vomissement, la fistule, le renversement de l'anus, l'anévrysme du cœur, la phthisie pulmonaire, certaines hémorragies, les hémorroïdes, l'incontinence d'urine, la perte des testicules, l'ictère, les dartres, la teigne, les ulcères, l'enflure, la rage, le scorbut et les scrophules.

Amaurose ou *goutte sereine*. Cette maladie a été souvent simulée par les militaires qui désiraient se faire réformer. Le fait suivant, consigné dans l'ouvrage de Mahon, prouve combien les fourbes ont porté quelquefois loin leur audace. Un jeune militaire, après avoir passé la nuit aux avant-postes, dit tout à coup qu'il est aveugle. On ne tarda pas à se convaincre qu'il simulait la cécité, quoiqu'il assurât ne pas voir. On lui appliqua, vésicatoires, sétons, etc.; il endura tout avec une constance étonnante, en remerciant toujours des soins qu'on lui donnait. On le mit sur le bord de la rivière et on lui dit de marcher: deux bateliers étaient tout prêts pour le retirer de l'eau. Il marcha devant lui, et se laissa tomber dans l'eau, dont il fut retiré bientôt. Convaincus de son aveuglement, mais ne pouvant expliquer la dilatation et la contraction de la pupille, les officiers de santé lui donnèrent son congé, mais l'avertirent que, s'il feignait, ce congé lui serait inutile, puisque dans son pays on s'aper-

cevrait facilement qu'il n'était pas aveugle ; que s'il avouait la vérité, on lui en donnerait un autre. Il nia d'abord sa fourberie, mais, assuré qu'on ne lui manquerait pas de parole, il prit un livre et lut. (Tome I, page 360.)

Dans la plupart des cas, les individus disent qu'ils n'y voient pas de l'œil droit : il faut alors se rappeler que presque toujours, dans l'amaurose véritable, l'iris est immobile, même lorsqu'on en approche une lumière vive, et que son cercle est très-élargi et quelquefois presque effacé : l'œil malade devient saillant ; on dirait qu'il est surmonté d'un autre œil, tant la cornée transparente est poussée en dehors par l'humeur aqueuse. A la vérité, il est des exemples de goutte sereine dans laquelle l'iris se contracte, et son cercle diminue par l'action de la lumière, ce qui paraît tenir à ce que les nerfs qu'il reçoit de la troisième et de la cinquième paires ne sont point lésés ; mais, dans ces cas, le resserrement de la pupille s'opère lentement et n'est point durable, tandis que le contraire a lieu dans l'œil qui n'est pas affecté d'amaurose ; le cercle de l'iris est loin de diminuer autant que dans un œil sain soumis tout à coup à l'action d'une vive lumière. Les différences dont nous venons de parler seront d'autant plus faciles à saisir, si l'individu ne se dit atteint que d'un seul œil, que l'on pourra faire agir à la fois la lumière sur les deux yeux.

L'application, sur l'œil, de l'extrait et du suc récent de belladone et de l'extrait de jusquiame, produit des phénomènes qui pourraient faire croire à l'existence d'une amaurose chez un individu qui serait intéressé

à feindre cette maladie : en effet, l'iris se contracte et reste immobile, la dilatation de la pupille est assez considérable pour que l'anneau de l'iris devienne presque linéaire ; enfin la lumière la plus vive ne produit aucun changement sur l'iris ni sur la pupille. Mais observons que souvent l'œil est légèrement rouge et larmoyant à la suite de pareilles applications ; que l'action de l'extrait de jusquiame ne se prolonge guère au delà de vingt-quatre heures, tandis que celle de l'extrait de belladone cesse dans les six premières heures : il sera donc aisé de reconnaître la supercherie, en examinant attentivement l'individu trente-six ou quarante-huit heures après la première visite.

Il est encore important de se rappeler qu'il existe des amauroses qui se dissipent d'elles-mêmes au bout de quelques semaines ou de quelques mois, comme on le voit à la suite d'une chute, de coups à la tête, de convulsions, d'une fièvre grave, de l'ivresse, etc.

Cataracte. (Voyez *Maladies simulées par provocation*, page 427.)

La *myopie* est une cause de réforme absolue ; dès lors on concevra qu'elle ait été souvent simulée. Le véritable myope lit distinctement dans un livre ouvert dont on applique le feuillet contre le nez ; il peut lire à un pied de distance avec un verre du numéro 3, et il distingue les objets éloignés à l'aide d'un verre numéro 5 ½. Toutefois, le fourbe peut en imposer s'il a contracté l'habitude de lire avec toutes sortes de lunettes, comme MM. Percy et Laurent disent l'avoir vu.

Ophthalmie. (Voyez *Maladies simulées par provocation*, page 427.)

Strabisme. C'est à tort que l'on a regardé le strabisme comme un motif d'exemption, puisque l'homme qui n'est point affecté de cette maladie et qui tire un coup de fusil, n'y parvient qu'en louchant momentanément à gauche, c'est-à-dire, en fermant l'œil de ce côté et en dirigeant l'œil droit sur le point de mire. Du reste, il est peu d'incommodités aussi faciles à simuler que le strabisme.

Oreilles. On est réformé du service militaire lorsqu'on est atteint d'un écoulement muqueux, purulent et fétide par les oreilles ; aussi voit-on souvent les jeunes conscrits chercher à enflammer et ulcérer le conduit auditif, en y introduisant de la poudre de cantharides, de l'emplâtre épispastique, qu'ils remplacent, quelque temps après, par un mélange de suif rance, d'huile empyreumatique, d'asafœtida ou du vieux fromage. Il suffit, pour reconnaître la fraude, d'examiner attentivement les deux oreilles, et surtout de s'assurer que la maladie résiste à un traitement méthodique et bien suivi. N'a-t-on pas vu, dans un cas de ce genre, le conduit auditif contenir, au lieu d'un mucus purulent, du miel dont le conscrit avait fait usage pour faire prendre le change ?

Surdité. La surdité est une des maladies que l'on simule le plus souvent, parce qu'elle exempte du service, qu'on peut la feindre avec facilité, et qu'il n'est pas toujours aisé de distinguer si elle est vraie ou simulée. Rien ne nous semble plus propre à faire connaître les moyens que l'on doit mettre en usage pour démasquer la fourberie, que le récit d'un certain nombre d'observations de faux sourds dont on n'a pas été la dupe. On sait d'ailleurs que la plupart des vrais sourds

offrent une physionomie particulière, que présentent rarement ceux qui simulent cette maladie.

1° Un conscrit veut se faire passer pour sourd : on laisse tomber adroitement à ses pieds une pièce de monnaie, et il fait un mouvement qui le trahit. 2° Avez-vous encore votre père? combien avez-vous de frères? demande-t-on à d'autres ; et on a soin de baisser successivement la voix à mesure qu'on leur adresse de nouvelles questions : les fourbes donnent dans le piége, et répondent même lorsqu'on leur parle à voix basse. 3° Un autre, que des moyens analogues n'avaient point démasqué, voit entrer dans la salle où il était détenu, et sans s'y attendre, un gendarme qui s'annonce comme ayant l'ordre de l'arrêter, parce qu'il est prévenu de meurtre et de vol : aussitôt le faux sourd, qui avait parfaitement entendu, proteste contre cette mesure, et pleure parce qu'il est innocent. 4° On en a vu qui avaient introduit dans leurs oreilles des pois, des fèves, de la moelle de jonc, et qui se plaignaient considérablement lorsqu'on cherchait à explorer le conduit auditif avec une curette : « Dans un cas de ce genre, disent MM. Percy et Laurent, à qui nous avons emprunté ces faits, nous fûmes curieux de voir un exemple de ces caroncules qui naissent quelquefois dans le conduit auditif ; nous prîmes un canif qui se trouvait sur la table, et en piquant le corps étranger, nous n'en fîmes point sortir de sang, et il nous fit éprouver une impression singulière qui éveilla nos soupçons; nous demandâmes alors une curette, et nous fîmes, non sans peine, l'extraction d'un pois qui y avait été introduit dans l'espoir d'en imposer à des examinateurs superficiels.» 5° *Vic-*

tor Foy, soi-disant *Victor Travanait*, passait pour sourd et muet depuis plusieurs années, et voyageait pour éviter le service militaire : toutes les épreuves faites en Allemagne, en France, en Espagne et en Italie, dans le dessein de savoir si la maladie était réelle ou simulée, avaient été infructueuses, lorsque l'abbé Sicard reconnut la fourberie parce que les fautes d'orthographe du faux sourd-muet étaient en parfaite harmonie avec la prononciation; ainsi il écrivait *pin* pour *pain*, *massu* pour *massue*, etc. : « La raison que j'en donne, dit Sicard, c'est qu'il orthographie comme le peuple; qu'il écrit comme on entend; au lieu que les sourds-muets ne peuvent écrire que comme ils voient. Celui-ci est même si ignorant, qu'il partage les mots, et que souvent il lie les prépositions aux mots, imaginant sans doute qu'elles en font partie, et cela parce que la métaphysique des rapports est trop subtile pour être remarquée ou même soupçonnée par les gens de la classe ignorante. Vous remarquerez dans le mot *conduit*, qu'il écrit *quhonduit*, la lettre *q* mise à la place du *c*, ce qui prouve de la manière la plus évidente que celui qui met l'une à la place de l'autre a entendu, et qu'il a appris que le son de ces deux gutturales est le même. » (*Moniteur* de 1806, n° 137.)

Mutité ou *mutisme*. On a eu quelquefois recours, pour simuler momentanément la mutité, au *datura stramonium*; plus souvent encore on a feint d'être muet en cessant volontairement de parler. L'homme de l'art doit se rappeler que dans la mutité réelle, produite par la paralysie des nerfs de la langue, cet organe est mince, émacié, ramassé, comme pelotonné, et qu'il sort diffi-

cilement de la bouche : si elle tient à la paralysie du larynx, l'individu qui en est affecté ne peut faire entendre aucun son, même en toussant ; on a beau lui serrer la gorge et le faire éternuer, le mouvement qui en résulte n'est point sonore. On doit encore chercher à déterminer si l'affection n'est pas le résultat d'une blessure au cou, à la poitrine, de la perte d'une portion de la langue, ou si elle n'est pas congéniale ; ce que l'on peut savoir à l'aide de certificats parfaitement authentiques. « Tout muet qui tire la langue et la meut, disent MM. Percy et Laurent, s'il n'est pas né sourd, est un imposteur. » La réclusion, la privation des alimens, quelques épreuves douloureuses, etc., tels sont les moyens employés par les chirurgiens militaires pour découvrir la ruse.

Bégaiement. Ce vice de conformation est le résultat d'une réaction imparfaite du cerveau sur le système musculaire des organes de la prononciation, ou des habitudes vicieuses contractées dès l'enfance dans l'articulation des sons. Tout le monde sait combien il est facile d'imiter les bègues ; aussi a-t-on été obligé, pour démasquer les fourbes qui voulaient se faire passer pour tels, de les enfermer dans une chambre, et de ne leur donner des alimens que lorsqu'ils auraient cessé de bégayer.

Ozène. Les punais, car c'est ainsi que l'on désigne les individus dont l'haleine est repoussante, sont impropres au service militaire. Cette maladie a été souvent simulée, en introduisant dans une des narines un bourdonnet de charpie préalablement trempé dans du fromage mou et vieux, dans des sucs fétides, etc. Les

considérations suivantes pourront servir à reconnaître si la maladie est réelle : l'ozène est commune chez les personnes dont le nez est écrasé, vice de conformation d'autant moins rare qu'il semble héréditaire. Le vice vénérien, les dartres, un état scorbutique ou cancéreux, produisent souvent cette maladie, qui peut également être le résultat de la contusion ou d'une plaie du nez. On remarque d'abord tous les symptômes du coryza ; bientôt après la membrane muqueuse fournit un pus ichoreux, corrosif, d'une odeur fétide, et qui devient de plus en plus consistant ; l'ozène vénérienne est presque toujours un symptôme d'une infection générale. Quand la maladie a son siége dans le sinus maxillaire, il paraît, entre l'os malaire et la fosse canine, une tumeur dure, incolore, offrant quelquefois une petite ouverture fistuleuse au-dessus des dents molaires, par laquelle s'écoule un pus fétide; la douleur est d'autant plus vive que la suppuration est moins abondante.

Perte des dents. (Voyez *Maladies simulées par provocation*, page 428.)

VINGT-CINQUIÈME LEÇON.

Paralysie. Nous dirons, en parlant des blessures, que la paralysie d'un membre ou d'une partie d'un membre peut être la suite de la blessure du nerf qui se distribue aux muscles chargés de le mouvoir. Il faudra donc examiner attentivement, dans un cas de paralysie que l'on soupçonnera être simulée, si l'on ne découvre pas une cicatrice sur quelque partie du membre ; si celui-ci n'a pas été fortement contus à une époque plus ou moins éloignée ; s'il est mou et moins volumineux que

celui qui n'est pas malade, comme cela s'observe à la suite de paralysies traumatiques. Si tout porte à croire qu'il y a simulation, on n'hésitera pas à proposer l'épreuve du feu, à laquelle les individus veulent rarement se soumettre lorsqu'ils ne sont pas malades. On a de la peine à imaginer jusqu'à quel point les imposteurs peuvent pousser l'audace; le fait suivant est propre à en donner une idée. « On amena un jour à la visite, sur une charrette, un jeune homme ayant la tête enveloppée de linges, comme Agnelet, se disant *paralytique* du côté gauche. On le descendit avec peine, et on le conduisit à la salle de visite, soutenu par ses parens. Il avait la figure décomposée, la bouche tournée à droite, et la salive s'échappait par la commissure droite des lèvres; il bégayait, avait l'air hébété, tenait ses bras appuyés contre la poitrine, la main fléchie et le pouce en dedans; il marchait en traçant un demi-cercle. Ses camarades le plaignaient, et tout le monde parut touché de son sort. On racontait qu'il avait fait une chute de plus de trente pieds de haut sur le côté droit de la tête, et qu'on avait été sur le point de le trépaner : des chirurgiens attestaient cette circonstance, et ajoutaient qu'il avait été saigné cinq fois. Il fut réformé. Nous l'avions examiné attentivement, suivi tous ses mouvemens, et nous avions remarqué qu'il y avait peu d'accord entre ses yeux et le reste de la face. Nous le vîmes sourire malignement à sa mère, lorsqu'on lui eut dit de passer au bureau pour avoir une expédition de sa réforme. » (Art. SIMULATION du Dictionnaire des sciences médicales.)

Paralysie des paupières. (Voyez *Maladies simulées par provocation* page 427.)

Claudication. Il est ordinairement aisé de reconnaître si la claudication est simulée, en comparant attentivement les deux membres, ainsi que les articulations, et en faisant quelques tentatives pour allonger celui qui a été raccourci; car alors l'individu avoue son imposture pour éviter la douleur. Il est arrivé pourtant que les chirurgiens les plus habiles ont été dupés par des hommes qui, à la suite d'une chute, se sont dits boiteux, et ont simulé la claudication pendant plusieurs années, quoiqu'on eût employé vis-à-vis d'eux les moyens que nous avons conseillés.

Contracture. Il n'est pas rare de voir les personnes qui veulent s'exempter du service militaire simuler la contracture des doigts, de la jambe et du rachis. — *Contracture des doigts.* On peut parvenir à recourber un ou plusieurs doigts, en les tenant pendant long-temps dans un état continuel de flexion, au moyen d'un bandage approprié; quelquefois même, pour mieux faire prendre le change, on brûle une portion de la peau sur le trajet des tendons des muscles fléchisseurs. On peut soupçonner la ruse, si on trouve les muscles de l'avant-bras tendus et contractés, et si le membre est bien nourri. Alors on doit avoir recours au moyen proposé par MM. Percy et Laurent, qui leur a parfaitement réussi dans deux circonstances. Après avoir appliqué un bandage roulé et très-serré autour de l'avant-bras, on fit passer le membre par l'un des trous d'une guérite, et, à l'aide d'une sonde à séton, on passa sous les doigts contractés un ruban auquel on suspendit un poids de six livres : la main et le bras ne tardèrent pas plus de six minutes à trembler; et au bout de quatre autres le poids tomba, et les doigts

furent redressés. Il y aurait de l'inhumanité à faire de pareilles tentatives dans le cas où la contracture serait évidemment l'effet d'une brûlure : les suites de cet accident seraient facilement reconnues à la maigreur de la main et des doigts, aux cicatrices, au soulèvement et à la tension des tendons, etc. — *Contracture de la jambe.* On a vu des hommes faire usage pendant long-temps d'un talon très-élevé, pour que le genou fût porté en avant, exercer ensuite une compression prolongée sur la jambe, pour en déterminer l'amaigrissement, et simuler ainsi une maladie dont ils attribuaient la cause à une fracture ancienne, à un rhumatisme, etc. Souvent on a découvert la supercherie, en mesurant comparativement les deux membres, depuis l'os des îles jusqu'au gros orteil, et en redressant celui qui paraissait courbé, au moyen d'une forte pression exercée sur le genou; d'autres fois, il a suffi de dire aux assistans qu'il était facile d'étendre la jambe, mais que rien ne la pouvait empêcher de se contracter de nouveau, pour que le fourbe qui avait été dupe de ce propos étendît sa jambe aussitôt qu'on pressait sur le genou. Il est des circonstances où l'individu contractait les muscles avec une telle force, qu'il a fallu appliquer sur la cuisse un bandage roulé bien serré et mouillé, pour empêcher les fléchisseurs de la jambe de se contracter; enfin, il a été souvent possible de démasquer l'imposture en plaçant l'individu sur un piquet un peu élevé, et en le forçant de se tenir en équilibre sur la bonne jambe; le membre contracté ne tardait pas alors à trembler et à s'allonger. « Douze hommes soumis à cette dernière

épreuve, disent MM. Percy et Laurent, n'ont pu y résister. » — *Contracture du rachis.* Les chirurgiens militaires ont été souvent trompés par des personnes qui simulaient un lumbago avec courbure du rachis, et qui avaient enduré des vésicatoires, des moxas, etc., sans avouer leur stratagème. Un moyen assez efficace de redresser ces fourbes, consiste à les piquer par derrière avec une longue aiguille, au moment où ils s'y attendent le moins.

Obstipation, c'est-à-dire tête penchée d'un côté. Si elle est simulée, le muscle sterno-cléido-mastoïdien du côté opposé à celui qui est penché est tendu; il ne l'est pas, au contraire, dans l'obstipation réelle; d'ailleurs il est difficile que l'imposteur puisse tourner les yeux du côté opposé à la courbure, ce qui n'a pas lieu lorsque la maladie n'est pas simulée. Il suffit de faire quelques légers efforts pour ramener la tête à sa position naturelle, dans les cas de stratagème.

Convulsions. On distingue facilement les convulsions simulées de celles qui sont réelles, parce que dans les premières les muscles ne se raidissent pas, et qu'ils sont loin de se contracter avec la même énergie et la même promptitude que dans les autres; il suffira donc, pour découvrir la fraude, d'agir avec force sur les muscles antagonistes.

Tremblement. Il est extrêmement aisé d'imiter cette affection, mais il est facile de découvrir la ruse en surveillant attentivement les individus au moment où ils croient être seuls.

Douleurs nerveuses, rhumatismales, etc. Il est difficile d'en imposer à un observateur attentif, lors-

qu'on dit éprouver des douleurs dans les poumons, dans la plèvre, dans l'estomac ou dans tout autre viscère important, parce que les prétendus malades ne simulent aucun des autres symptômes dont les lésions de ces organes s'accompagnent presque constamment, tels que la toux, la difficulté de respirer, l'expectoration, les nausées, la fièvre, etc. Il n'en est pas de même des douleurs rhumatismales, de la sciatique, etc., qui peuvent ne pas déterminer de changement sensible dans les fonctions de l'économie animale : aussi combien de fois la sagacité des gens de l'art n'a-t-elle pas été mise en défaut par les imposteurs? Un homme simule une douleur fixe et profonde au genou gauche; il supporte à plusieurs reprises le vésicatoire et le moxa; la jambe se contracte peu à peu, on l'envoie aux eaux, et il n'obtient sa réforme qu'après avoir été infructueusement secouru dans les hôpitaux pendant quatre ans; à peine voit-il que son but est rempli, qu'il jette au feu la jambe de bois dont il avait fait usage pendant trois ans, et il se vante d'avoir trompé ceux qui l'avaient soigné. (Percy et Laurent.) On ne saurait donc être trop sur ses gardes; c'est ici le cas de ne négliger aucun des moyens propres à intimider le plaignant lorsqu'on a des motifs de le soupçonner d'imposture.

Nostalgie. Cette maladie n'est point considérée comme un cas de réforme, quoiqu'il soit avéré que ceux qui en sont profondément atteints périssent si on ne les renvoie près des personnes et des lieux qu'ils regrettent : elle est pourtant simulée assez souvent par les militaires, qui espèrent sans doute obtenir un congé. Le faux nostalgique affecte toujours de deman-

der à revoir son pays, et il ne parvient jamais à feindre l'ensemble des phénomènes que l'on observe dans la vraie nostalgie, savoir, une tristesse profonde, à laquelle succède une mélancolie sombre, la taciturnité et un désir extrême de rester seul, une grande indifférence pour tout ce qui ne rappelle pas les objets qu'il regrette, un resserrement spasmodique de l'estomac, l'anéantissement du corps et de l'esprit, le marasme, etc. (*Voyez* la description de la nostalgie, dans les ouvrages de pathologie interne.) D'ailleurs les médecins peuvent soumettre les malades à des épreuves auxquelles ils résistent difficilement. « Vous reconnaîtrez le faux nostalgique, dit Sagar, qui avait été atteint de cette maladie, à la force et à l'égalité du pouls, à la bonne couleur du visage, et à l'aversion pour une diète sévère et pour les sétons. » Les chirurgiens ordonnent à ces individus, et à prendre souvent, une poudre composée d'aloès, de chamœpytis et d'absinthe; et comme ils ont de la répugnance à la prendre, ils demandent à sortir de l'hôpital et se disent guéris. (Syst. morb.)

Folie. (*Voyez* page. 435.)

L'*épilepsie* est une des affections que l'on simule le plus souvent, soit que l'on veuille exciter la commisération publique, soit que l'on cherche à se soustraire au service militaire. Lorsqu'on est témoin de l'accès, on parvient à découvrir la ruse en ayant égard à l'ensemble des caractères suivans : 1° dans l'épilepsie vraie, le malade n'est presque jamais averti de l'invasion de l'attaque, et tombe indistinctement sur tous les corps, tandis que le fourbe a soin de se préparer à la chute pour se faire le moins de mal possible; il évite tout

ce qui pourrait le blesser, et il choisit rarement pour lieu de la scène l'endroit où se trouvent les médecins qui sont chargés de l'examiner : toutefois, comme certains accès d'épilepsie vraie s'annoncent par des prodromes, ce caractère est insuffisant pour décider la question, vu qu'alors les malades ont le temps de prendre les mêmes précautions que les prétendus épileptiques. 2° La sensibilité est complétement éteinte lorsque la maladie est réelle ; on a beau faire du bruit, mettre en usage les substances les plus odorantes, chercher à exciter la douleur au moyen de caustiques, etc., le malade ne perçoit rien ; aussi conseille-t-on avec raison d'intimider celui que l'on soupçonne d'imposture, soit en déchargeant une arme à feu sans qu'il en soit prévenu, soit en proposant de le cautériser avec un fer rouge, ou en annonçant qu'on a vu mettre le feu aux quatre coins du lit. On trouve dans l'article SIMULATION déjà cité, qu'un villageois fut effrayé, pendant qu'il simulait un accès d'épilepsie, d'entendre le chirurgien demander les instrumens nécessaires pour opérer la castration, moyen qu'il regardait comme infaillible pour guérir radicalement l'épilepsie : le fourbe ne tarda pas à se réveiller et à demander pardon. L'action inattendue sur les narines du gaz acide sulfureux, de l'ammoniaque, le chatouillement imprévu de cette partie et de la plante des pieds, ont été quelquefois suffisans pour trahir les faux épileptiques, parce qu'ils ont donné des marques de sensibilité. Quant à l'emploi réel des caustiques, nous pensons qu'il doit être proscrit, parce qu'il est inhumain, et qu'il a souvent été infructueux. On lit dans Mahon qu'une femme de

vingt ans, dont parle de Haen, avait soutenu l'épreuve du feu, sans que cela eût pu la forcer à se démasquer; mais depuis, étant détenue en prison pour meurtre, elle avoua sa simulation, et imita si bien l'accès en présence de Van-Swietten et de de Haen, qu'ils crurent que ses accès de commande étaient devenus réels. 3º La pupille est dilatée et l'iris immobile dans l'épilepsie vraie, comme on peut s'en assurer en approchant soudainement de l'œil une bougie allumée : toutefois il est difficile de constater ce caractère lorsque les yeux sont roulans dans l'orbite, chez un malade agité de mouvemens convulsifs. 4º La face est gonflée, violette ou noirâtre pendant l'accès; la bouche est assez souvent écumeuse, et la langue poussée jusqu'au dehors et serrée entre les mâchoires. Il est vrai que les faux épileptiques cherchent à imiter la turgescence et la couleur rouge de la face en appliquant autour du cou une ligature serrée qu'ils ont soin de cacher; mais il suffit d'être prévenu pour découvrir la ruse : d'ailleurs comment simuleront-ils la pâleur qui remplace l'état dont nous parlons, dès que les convulsions cessent? On sait également que l'écume est souvent imitée à l'aide d'un morceau de savon placé dans la bouche. 5º Dans l'épilepsie vraie, la respiration est gênée, et les battemens du cœur sont tumultueux et forts; phénomènes qu'il n'est pas facile de feindre. 6º Les poignets et le pouce sont fléchis pendant l'attaque, et si on parvient à les étendre ils ne se fléchissent plus, tandis que, suivant le docteur Marc, l'imposteur cède au plus léger effort, et croit n'avoir rien de mieux à faire que de fléchir de nouveau ces parties lorsqu'il ne sent plus de résistance. 7º A la

fin d'une attaque réelle, on observe un ronflement soporeux, beaucoup de lassitude, des vertiges, une altération de l'intelligence, et un état d'étonnement et d'hébêtement qu'il suffit d'avoir vu pour être convaincu qu'il ne peut être simulé qu'avec la plus grande difficulté.

A ces caractères, qui nous paraissent d'une grande importance pour résoudre la question dont il s'agit, plusieurs auteurs en ont ajouté d'autres d'une valeur moindre. Les yeux, a-t-on dit, sont entr'ouverts dans l'épilepsie vraie, de manière à ne laisser apercevoir que le blanc, où ils sont entièrement ouverts : dans ce dernier cas, ils sont fixes ou d'une mobilité effrayante ; on observe enfin des clignotemens des paupières qu'il est difficile d'imiter sans que l'iris ne paraisse. — Le pouls est ordinairement petit, spasmodique et irrégulier à la fin d'un accès d'épilepsie, et lorsque la maladie est feinte, il est tout au plus accéléré, à moins que des ligatures appliquées sur quelque partie du bras n'aient apporté des modifications dans le battement de l'artère. — La peau des faux épileptiques est chaude et couverte de sueur à la fin de l'attaque, tandis qu'elle est ordinairement froide si la maladie est réelle. — L'urine est pâle et aqueuse après un accès d'épilepsie vraie. — Les attaques simulées sont en général de longue durée, ce qui n'arrive pas souvent dans l'épilepsie réelle.

Le docteur Marc dit avoir déterminé des accès d'épilepsie chez trois malades, en mettant sous les narines un morceau d'assa-fœtida : ce moyen, qui avait déjà été mis en usage par quelques médecins allemands,

serait précieux pour découvrir la ruse, si ses effets étaient constans; mais des observations faites postérieurement par Hébréard, sur l'invitation du docteur Marc, n'ont point fourni les mêmes résultats, en sorte qu'il est nécessaire de recueillir de nouveaux faits avant d'accorder à cette épreuve la valeur que les premiers essais semblaient devoir lui donner.

L'homme de l'art sera beaucoup plus embarrassé pour distinguer l'épilepsie vraie de celle qui est simulée, lorsqu'il n'est pas témoin de l'accès. Des questions adroitement posées sur les causes qui ont pu déterminer la maladie, sur l'époque où elle a paru pour la première fois, sur l'état qui précède et qui suit les accès, sur la durée de ceux-ci, sur les moyens mis en usage pour les faire cesser; la recherche scrupuleuse des motifs qui pourraient porter l'individu à feindre cette affection, la physionomie et l'état du malade; tels sont les principaux objets auxquels il est nécessaire de faire attention. Les vrais épileptiques présentent, en effet, un ensemble de caractères que l'on ne doit point dédaigner : si les accès ont été fréquens, la tête est penchée en avant ou sur les côtés, par suite de l'affaiblissement des muscles qui doivent la soutenir; les paupières supérieures tendent à s'abaisser par la même raison, tandis que le malade semble faire des efforts pour les relever; la peau du visage, d'une couleur terne, offre souvent des cicatrices, résultat des chutes précédentes; il n'est pas rare aussi de la voir parsemée, en différens sens, de rides produites par les mouvemens convulsifs; les veines jugulaires et temporales sont gonflées, les ailes du nez élargies, les lèvres et

quelques parties des pommettes plus colorées que chez les autres hommes; la pupille est dilatée, la conjonctive blanchâtre et humide; les dents incisives inférieures sont usées en biseau à leur face antérieure; l'ensemble de la physionomie annonce la tristesse et la timidité.

Déglutition difficile. On a vu des personnes qui se plaignaient de ne pas pouvoir avaler, rendre par le nez les boissons qu'elles venaient de prendre; cependant on est parvenu à découvrir la ruse parce qu'il n'y avait aucun signe de dépérissement, ce qui n'aurait pas manqué d'arriver si la déglutition eût été difficile, et surtout en les surveillant attentivement et en les surprenant à table.

Vomissement. Il n'est pas rare que des individus simulent le vomissement; assez souvent ils se bornent à rejeter les matières alimentaires peu de temps après les avoir prises; on a vu une femme avaler des excrémens et les vomir ensuite. Un examen attentif de l'état d'embonpoint ou d'amaigrissement du corps, la présence ou l'absence des symptômes qui devraient caractériser une maladie de l'estomac, et surtout une surveillance extrême, finissent par prouver que tous ces fourbes abusent de la faculté qu'ils ont de vomir à volonté.

Maladies de l'anus. On a simulé la *fistule*, en pratiquant une incision à la marge de l'anus et en introduisant dans la plaie un fragment de racine de tithymale ou d'ellébore, dans le dessein de développer quelques callosités et d'arrondir l'ouverture : la présence de ces racines suffit pour découvrir l'imposture.

Il est des cas où des simulateurs moins habiles ne présentent qu'une legère cicatrice ou un trajet sans callosités, ce qui ne peut en imposer qu'à ceux qui n'ont jamais observé la maladie dont nous parlons.

— *Renversement du rectum.* On a vu des mendians et des conscrits chercher à imiter cette maladie, par des moyens qu'il suffira de faire connaître pour que l'on n'en soit pas dupe. Une femme grasse et bien portante, du fondement de laquelle pendait un boyau de six pouces de long, demandait l'aumône : le docteur Flécelle l'accueillit à coups de pied, et fit tomber le boyau de bœuf qu'elle avait introduit dans le rectum par un bout, et qu'elle avait rempli de sang et de lait qui s'écoulaient par les petits trous pratiqués à l'extrémité de ce boyau. (Ambroise Paré, l. xxv, c. 23.) Un soldat employait un canal contenant une petite vessie d'agneau qu'il retirait au moyen d'un piston ; il introduisait ce canal dans le rectum, en faisait sortir la vessie, qu'il laissait pendre hors de l'anus, puis il retirait le canal. (Art. SIMULATION déjà cité.)

Anévrysme du cœur et *phthisie pulmonaire*. On parvient quelquefois, à l'aide de ligatures serrées appliquées autour du cou, à imiter le gonflement et la coloration des lèvres et de la face, que l'on remarque souvent dans l'anévrysme du cœur ; mais il faut ignorer complétement l'histoire de cette maladie pour ne pas apercevoir au plus léger examen qu'elle est simulée. Nous en dirons autant de la *phthisie pulmonaire* : qu'importe que des personnes dont le dos était voûté, et dont la conformation extérieure était semblable à celle de la plupart des phthisiques, aient présenté,

comme preuves de la réalité de la maladie, l'amaigrissement déterminé par une abstinence volontaire, des cautères établis dans le dessein d'en imposer, des crachats dans lesquels on voyait nager des fragmens de poumons *de veau* qu'elles avaient avalés? Quel est le médecin assez peu clairvoyant pour se laisser tromper par de pareilles apparences, surtout lorsqu'il s'agit d'une maladie dont les caractères doivent être d'autant mieux connus, qu'elle devient de plus en plus commune.

Hémorragies. Hémoptysie. On cherche a simuler cette maladie, qui exempte du service militaire, en se piquant le fond du gosier, les gencives, les doigts, etc. : on suce le sang des plaies faites ailleurs que dans la bouche, puis on le rend mêlé avec de la salive, après avoir toussé pendant quelque temps : d'autres mettent dans la bouche des pastilles colorées par le carmin et préparées avec des substances âcres qui excitent la salivation, comme la racine de pyrèthre; il en est, comme l'indique J. B. Sylvaticus, qui prétendent imiter cette maladie à l'aide d'un morceau de bol d'Arménie, mis sous la langue; on en a vu, enfin, qui avaient introduit dans la bouche un instrument en argent contenant une éponge imbibée de sang. Aucun de ces individus ne présente les véritables symptômes de l'hémoptysie; il est d'ailleurs facile de reconnaître l'imposture en les forçant de cracher sans tousser, car alors la salive sera colorée en rouge, tout comme s'ils avaient toussé; on doit aussi leur faire rincer la bouche avec de l'eau et du vinaigre et examiner si le bol d'Arménie ou les pastilles dont nous avons parlé

ne se trouveraient point dans ce liquide.—*Hématémèse.* Le vomissement de sang a été simulé en introduisant dans la bouche ou dans l'estomac, des matières rouges, du sang de bœuf, etc. Haguenot a vu une jeune fille qui avait envie de sortir, à quelque prix que ce fût, du monastère où elle était détenue, feindre d'avoir un vomissement de sang violent, et rendre même plusieurs livres de ce liquide en sa présence, et pendant plusieurs jours; on découvrit enfin qu'elle buvait tous le jours du sang de bœuf qu'on lui apportait en cachette. (*Sauvage*, Nosol. méthodique, t. VIII, pag. 84, édition de 1772.) Il suffit de l'absence des symptômes qui caractérisent l'hématémèse et de connaître les moyens que les simulateurs mettent en usage, pour ne pas s'en laisser imposer. — *Hématurie.* Si l'urine a été rougie par des betteraves, du figuier d'Inde, de la garance, etc., substances que l'on aurait pu avaler dans le dessein de colorer ce liquide, on reconnaîtra qu'elle ne contient pas de sang, en la faisant bouillir; car l'urine mêlée de sang fournit alors un caillot brun et reprend sa couleur jaune; mais si, comme il est arrivé quelquefois, on avait injecté du sang pur dans la vessie, il faudrait examiner si le malade douteux présente les divers symptômes qui caractérisent l'hématurie; dans tous les cas le médecin devrait exiger que l'individu urinât en sa présence.

Hémorrhoïdes. On a quelquefois imité les tumeurs hémorrhoïdales en introduisant dans l'anus un ressort auquel on avait attaché quelques petites vessies de rat, pleines d'air et colorées avec du sang : il suffit de piquer ces prétendues hémorrhoïdes avec une aiguille fine pour les affaisser.

VINGT-SIXIÈME LEÇON.

Incontinence d'urine. Lorsqu'on sait combien cette maladie est rare chez les adultes, on doit être convaincu qu'elle est souvent simulée, puisque les conscrits s'en plaignent souvent. Dans l'incontinence vraie, la verge et le gland sont pâles et comme macérés par l'urine qui sort goutte à goutte; et lorsqu'on essuie l'orifice de l'urètre avec un linge, on voit sortir une goutte de ce liquide, ce qui n'a pas lieu quand la maladie est feinte, à moins que le fourbe ne fasse beaucoup d'efforts. On peut d'ailleurs observer ces prétendus malades pendant la nuit, essayer de leur mettre une sonde dans la vessie, exercer sur la verge une compression plus ou moins douloureuse, et ils ne tarderont pas à avouer leur stratagème. On administra une vingtaine de coups de nerf de bœuf à un homme qui disait avoir une incontinence d'urine, et lorsqu'il apprit que ce moyen devait être mis en usage pendant plusieurs jours pour fortifier les reins, il se déclara guéri (Percy et Laurent.) Dans une épidémie d'incontinence d'urine simulée, M. Fodéré, fit lier la verge à tous ceux qui s'en plaignaient, et ordonna qu'on mît sur les nœuds un cachet que le gendarme de garde devait rompre chaque fois que les malades voulaient uriner : cet expédient réussit à merveille; la verge, qui se serait gouflée rapidement si l'incontinence eût été réelle, n'augmenta presque pas de volume, et l'on ne fut obligé d'ôter les ligatures que pour uriner au temps ordinaire. (Tom. II, page 482.)

Perte des testicules. On a vu des imposteurs dont

les testicules rentraient à volonté dans l'abdomen, faire valoir leur absence comme un motif de réforme. Nous avons exposé ailleurs les caractères à l'aide desquels on pourra reconnaître les eunuques, les crypsorchides, et les personnes qui ont été châtrées à l'âge adulte. (*Voy.* pag. 125.)

Coloration insolite de la peau. L'ictère a été simulé en appliquant sur la peau une décoction de racine de curcuma, une teinture de rhubarbe, les fleurs de genet, les graines de carthame, les étamines de lis, etc.; il est aisé de reconnaître la fraude, parce que les fourbes ne songent pas à jaunir la conjonctive et l'urine, et si quelques-uns ont voulu colorer les yeux avec du tabac, ils n'y sont jamais parvenus; d'ailleurs il suffit assez souvent de faire de légeres lotions avec de l'eau et du savon, pour enlever ces matières corolantes. On peut en dire autant des ecchymoses factices obtenues à l'aide d'un mélange de suie et d'huile. La *pâleur* de la peau produite par le soufre qui brûle, par la fumée de cumin, par la digitale pourprée, par l'habitude que contractent certains individus de s'évanouir, par l'abus de l'émétique et des purgatifs, par des fatigues excessives, etc., peut quelquefois en imposer au point de faire croire que la personne est réellement malade; mais il suffit de l'observer pendant quelques jours, et de la soustraire à l'action de ces causes, pour mettre la vérité dans tout son jour.

Dartres, Teigne et *Ulcères.* Il est des individus chez lesquels l'ingestion de quelques alimens, tels que le fromage salé, les moules, les huîtres, etc., est bientôt suivie d'une éruption qui ressemble souvent à une affection

herpétique; mais presque toujours cette éruption est de courte durée, tandis que les plaques et les pustules dartreuses persistent pendant long-temps; il faudrait donc, s'il était difficile de constater la supercherie à l'aide des symptômes, faire surveiller attentivement le malade douteux. On a également cherché à imiter la *teigne* en faisant tomber quelques gouttes d'acide nitrique sur les cheveux, dans le dessein de les détruire; on ne tarde pas, dans ce cas, à voir paraître des croûtes jaunes : mais il n'est guère possible de s'en laisser imposer, parce que dans la teigne véritable, la tête exhale une odeur nauséabonde qui lui est particulière, les cheveux, rares au front, sont menus et clair semés partout ailleurs, et la physionomie porte ordinairement l'empreinte de la cachexie. Quant aux *ulcères*, on sait qu'ils ont été souvent le produit de l'application des vésicatoires, des sucs d'euphorbe, de clématite ou de renoncule, de l'écorce de garou, de la thapsie, etc.; quelquefois des mendians ont cru devoir faire usage de peaux de grenouilles, d'un morceau de rate, dont ils recouvraient la jambe; il en est qui, pour aggraver l'ulcération dont ils étaient véritablement atteints, employaient le tabac mâché, la cendre de cette plante, ou d'autres irritans. Il importe, lorsqu'on soupçonne la ruse, de retenir les malades au lit, et de les empêcher de porter les mains sur la partie affectée, soit en l'enfermant dans une bottine ou dans une boîte de bois, soit en appliquant un bandage roulé dont les doloirs seraient marqués avec de l'encre pour s'assurer qu'il n'a pas été dérangé. « Dans les vieux ulcères, disent MM. Percy et Laurent, si

l'épiderme est glabre, luisant et violet, sa couleur se fond peu à peu avec celle de la peau saine, au lieu qu'après l'application réitérée des vésicans, elle est circonscrite et bornée par un cercle facile à reconnaître; si le sujet a une bonne carnation, de l'embonpoint, l'œil bon, les dents saines, point de glandes engorgées au cou, et que les bords de l'ulcère soient ronds, bruns, le fond ardent, violet, les environs enflammés avec des taches ou des ampoules, on devra soupçonner de la fraude, car les hommes attaqués de ces ulcères rebelles sont cachectiques, leur peau est sèche et écailleuse, et la jambe malade presque toujours atrophiée. » (Art. SIMULATION.)

Transpiration puante. Lorsqu'on se frotte la peau avec du cambouis dans lequel on a incorporé du vieux fromage très-fétide, avec du poisson pouri, l'huile de Dippel, etc., on répand une odeur infecte que l'on peut faire disparaître en lavant avec soin les parties enduites de ces matières ; il est rare que l'on ne parvienne pas à découvrir la supercherie par ce moyen, à moins que le corps ne soit imprégné de ces odeurs, par suite de frottemens réitérés auxquels l'individu se serait soumis depuis long-temps.

Enflures. On sait que, pour exciter la commisération publique, des mendians ont acquis un volume monstrueux en injectant de l'air entre les tégumens et les muscles ; d'autres ont voulu imiter des *hernies* ou l'*hydrocèle* en insufflant de l'air dans la région inguinale ou dans le scrotum ; il suffit dans ces différens cas, d'examiner attentivement la surface du corps; on ne tardera pas à découvrir la petite plaie par laquelle l'air

a été introduit ; elle est ordinairement bouchée par un emplâtre, qui, étant enlevé, permet à l'air de s'échapper, et le prétendu malade est guéri. Il est des individus qui à force de tiquer, déterminent un *ballonement* énorme du ventre ; une fois réformés, ils expulsent l'air par haut et par bas, et se félicitent d'avoir trompé les hommes de l'art chargés de les visiter : cette fourberie ne peut être soupçonnée qu'autant que l'individu ne présente aucun symptôme qui puisse faire croire qu'il n'est pas atteint de la maladie qu'il simule ; dans d'autres circonstances, les jeunes conscrits appliquent un lien plus ou moins serré à la partie supérieure de la jambe, qu'ils laissent pendre hors du lit pendant la nuit, pour feindre un *gonflement* qui les exempterait du service s'il était réel : on doit chercher alors à découvrir l'empreinte du lien et faire usage d'un bandage en prenant les précautions indiquées à l'occasion des faux ulcères. (*Voyez* page 423.)

Rage. On concevra difficilement que l'on ait porté l'audace jusqu'à simuler la rage pour se faire réformer : ce stratagème n'a jamais réussi, lorsqu'on a donné l'ordre d'étouffer le faux enragé entre deux matelas : on conçoit en effet que le fourbe s'est trouvé guéri comme par enchantement. Il y a environ trois ans, qu'un charlatan qui prétendait guérir la rage, parvint à faire nommer une commission de professeurs de la Faculté de médecine pour examiner l'efficacité de l'arcane de son invention ; on imagine bien que l'occasion de faire des expériences ne tarda pas à se présenter : un drôle, qui était son complice, simule la rage ; on l'amène à l'hôpital de la Charité ; mais on

veut examiner le breuvage qui jouit de la propriété de guérir miraculeusement la rage : on reconnaît qu'il contient de l'ail, du vinaigre, etc.; aussitôt on prépare une composition analogue avec l'asa fœtida, du vinaigre, de l'extrait de quinquina, de l'absinthe, etc., et on l'administre adroitement, le lendemain, au lieu de donner celle du prétendu guérisseur : le simulateur, après avoir fait mille grimaces, semble éprouver du bien être, et ne tarde pas à être guéri. Fier du succès qu'il crût avoir obtenu, le médicastre ne savait comment exprimer sa joie, lorsque l'autorité jugea convenable d'en arrêter les élans en le faisant enfermer ainsi que son complice. *Discite moniti.*

Scorbut. Parmi les symptômes du scorbut, ceux qui ont rapport à l'état des gencives peuvent être parfaitement simulés, et l'ont été souvent par des jeunes conscrits qui avaient appliqué sur cette partie des caustiques plus ou moins actifs : le meilleur moyen de découvrir la ruse consiste à attendre pendant quelque temps et à visiter l'individu inopinément au bout de quelques jours; probablement on trouvera les gencives dans un très-bon état.

Scrofules. C'est encore à l'aide de caustiques, que l'on a souvent voulu imiter les cicatrices et les ulcères scrofuleux que l'on remarque particulièrement au cou; et, pour mieux faire prendre le change, on a déterminé le gonflement et la rougeur des paupières, du nez et des lèvres, en appliquant sur ces parties du suc d'euphorbe. On parviendra à démasquer l'imposteur, en se rappelant que le *facies* des véritables scrofuleux présente presque toujours un caractère particulier,

généralement connu, et que les cicatrices qui succèdent aux ulcères dans cette maladie, sont profondes, ordinairement adhérentes, violettes, inégales, calleuses et à bords arrondis.

§ II.

Des maladies simulées par provocation.

On désigne ainsi les maladies qui sont l'effet de l'artifice et qui ont été provoquées dans le dessein d'en imposer et de faire croire à l'existence d'une affection dont la durée est plus ou moins longue: les principales de ces affections sont, la *cataracte*, l'*ophthalmie*, la *paralysie des paupières*, la *perte des dents*, et quelquefois l'*épilepsie*.

Cataracte. L'acide nitrique étendu d'eau a été appliqué à plusieurs reprises sur la conjonctive, et a fini par déterminer une légère opacité du cristallin, qui ne pouvait en imposer qu'à un observateur inattentif: il suffit d'adresser au malade quelques questions sur la marche de la maladie depuis son invasion, sur ce qu'il éprouve actuellement, etc., pour reconnaître la véritable nature de l'affection; on sait, par exemple, que dans le début de la cataracte vraie, le malade aperçoit mieux les objets à une lumière faible qu'au grand jour, et que l'inverse a lieu lorsque la maladie a déjà fait des progrès, etc.

Ophthalmie. L'application volontaire de poudres irritantes sur la conjonctive est constamment suivie d'une ophthalmie, et l'on a souvent vu des conscrits qui, pour mieux simuler cette affection, s'arrachaient encore les cils et cautérisaient les bords des paupières:

la ruse est difficile à démasquer, lorsqu'elle a été portée à ce point; toutefois on doit se rappeler que dans l'ophthalmie ancienne, que l'on a principalement en vue de simuler, les paupières sont ridées, de couleur naturelle, et relâchées; on remarque aussi la patte-d'oie qu'a produit le clignotement souvent répété des yeux.

Paralysie des paupières. On a des exemples d'individus qui se sont coupés ou à qui on a coupé le nerf sourcilier, dans le dessein de déterminer la paralysie de la paupière supérieure : il est difficile de reconnaître le stratagème, à moins qu'à l'aide de menaces on n'obtienne l'aveu du malade.

Perte des dents. Plusieurs conscrits se sont fait arracher des dents, d'autres les ont détruites à l'aide de caustiques, il en est enfin qui les ont fait limer; dans ce dernier cas, on voit, en portant le doigt sur les gencives, que la racine des dents est au niveau de l'alvéole.

Epilepsie. On sait que des personnes ont fini par être épileptiques, à force de simuler les accès de cette maladie. Metzger et de Haen en rapportent des exemples. On conçoit qu'il serait impossible de découvrir en pareil cas la véritable cause de la maladie, si l'on n'avait aucun renseignement sur ce qui a précédé.

« *Des maladies prétextées.*

On désigne sous le nom de *maladies prétextées*, celles que l'on veut faire servir à l'accomplissement d'un but qui consiste ordinairement à se décharger d'une fonction plus ou moins pénible, ou à obtenir

un avantage quelconque. Ainsi, un homme est appelé par l'autorité à remplir un devoir, il refuse le service en donnant pour prétexte la maladie dont il est atteint; le médecin requis pour juger le fait déclare que l'affection est trop légère pour servir d'excuse. Un autre individu attribue la maladie plus ou moins grave dont il est actuellement attaqué à une légère violence exercée contre lui, à la terreur que lui a inspirée l'annonce d'un événement fâcheux, à la mauvaise nourriture à laquelle il a été soumis par les personnes chargées de veiller à sa subsistance, aux travaux excessifs auxquels on l'a forcé de se livrer, à l'action des médicamens dont il a fait usage par ordre du médecin, etc.; et si quelquefois il ne rapporte pas la maladie à ces causes, du moins les considère-t-il comme ayant aggravé singulièrement son état; en conséquence, il demande des dommages et intérêts. Ici le médecin devra juger la valeur du prétexte allégué par le plaignant. « Un ramoneur atteint d'un tremblement mercuriel, dit M. Marc, accusa un doreur dont il avait ramoné la cheminée, d'avoir, *en profitant de son ignorance*, occasioné sa maladie. Bien que le rapport entre la cause et l'effet nous parût très-plausible, nous crûmes néanmoins devoir nous assurer si de pareils résultats s'étaient déjà rencontrés, et nos recherches dans les hôpitaux confirmèrent amplement la validité de la cause alléguée par le ramoneur. » (Art. DÉCEPTION du Dictionnaire de Médecine.)

Voici les préceptes généraux propres à servir de guide aux gens de l'art.

1° On comparera avec soin la cause prétextée avec

l'effet, c'est-à-dire avec la maladie. Dans un très-grand nombre de cas, le plus léger examen suffira pour établir qu'il n'existe aucun rapport, et que la réclamation du plaignant ne mérite aucune considération : ajouterait-on foi, par exemple, à la déclaration d'un homme qui attribuerait la fracture du tibia et du péroné à un coup de badine qu'il aurait reçu sur la jambe?

2° On aura égard aux causes prédisposantes. L'âge, la saison, le sexe, le tempérament, le climat, l'état de grossesse, etc., doivent être regardés comme des motifs capables de développer ou d'aggraver quelquefois certaines maladies que l'on n'aurait pas observées dans des circonstances opposées; ainsi personne ne révoque en doute les effets funestes de la frayeur chez les femmes enceintes, chez celles qui sont récemment accouchées ou qui ont leurs règles, tandis que la même cause peut à peine produire quelques désordres chez une personne qui n'est pas dans les mêmes conditions.

3° On tiendra compte de la moralité de l'individu, des motifs qu'il peut avoir pour induire les médecins en erreur, des témoignages rendus par des personnes impartiales.

4° On examinera avec soin la nature des maladies régnantes; on conçoit, en effet, que si l'affection qui fait le sujet de l'observation est semblable à celle qui sévit épidémiquement depuis quelque temps, tout portera à croire que la cause prétextée par le malade peut bien avoir été *l'occasion* du développement de la maladie, ou des accidens qui sont survenus, mais qu'ils ne doivent pas lui être attribués. On sait que Rémer, chargé de prononcer si un coup de bâton donné à une

servante était la cause d'une pneumonie violente qui se manifesta trois jours après, déclara qu'il ne pouvait être considéré que comme une des causes occasionelles, fondé sur ce qu'il régnait alors une épidémie pneumonique très-intense, dans le pays qu'habitait la malade.

5° Enfin, on ne prononcera qu'après avoir bien étudié les différentes circonstances relatives au régime, à l'état particulier de l'atmosphère, etc., qui ont pu influer d'une manière nuisible sur le plaignant.

Des maladies dissimulées.

On désigne ainsi les maladies et les infirmités que l'on cache. Ces maladies, beaucoup plus nombreuses qu'on ne le croirait au premier abord, sont : la *syphilis*, les *dartres*, la *gale*, la *teigne*, la *phthisie pulmonaire*, l'*épilepsie*, la *folie*, *etc.* On a quelquefois aussi le plus grand intérêt à dissimuler certains états qui ne constituent pas, à proprement parler, des maladies; tels sont la menstruation, la défloration, la grossesse, l'alactie (manque de lait), l'impuissance, etc. Il doit être maintenant aisé de deviner les motifs qui portent à cacher de pareils états; il est des individus qui se croiraient déshonorés en avouant des maladies que le vulgaire regarde comme honteuses; on conçoit aussi que la pudeur empêche souvent de déclarer des affections dont on ne saurait constater la nature qu'en visitant les organes de la génération; mais ce qui paraîtra beaucoup plus naturel, c'est qu'une personne cherche à cacher le fruit d'un amour illicite, surtout

lorsqu'elle est entourée de parens dont elle ambitionne l'affection : la cupidité est un des motifs les plus communs de dissimulation ; ne voit-on pas, en effet, tous les jours, des femmes qui se proposent comme nourrices, cacher artificieusement tout ce qui pourrait déceler leur inaptitude ? Des jeunes gens ne se présentent-ils pas comme remplaçans, lorsqu'ils sont atteints d'une maladie ou d'une infirmité qu'ils n'accusent pas, et qui les rend impropres au service ? Il nous serait facile de citer encore quelques exemples, si ceux que nous venons d'indiquer n'établissaient point d'une manière irrévocable que la dissimulation de certaines maladies est contraire à l'ordre social et doit être réprimée.

L'homme de l'art chargé de découvrir que l'on cache une maladie, doit avoir égard, 1° aux motifs qui peuvent porter la personne à dissimuler; 2° aux manœuvres que l'on sait avoir été mises en usage jusqu'à ce jour pour atteindre ce but; 3° aux symptômes de l'affection que l'on veut dissimuler, et dont il peut constater l'existence sans l'aveu du malade : admettons, par exemple, qu'une femme chez laquelle la sécrétion du lait se fait à peine se propose pour nourrice, et dissimule l'alactie dont elle est atteinte : on se rappelle qu'en pareil cas, pour mieux en imposer, on se garde bien de présenter son enfant s'il est faible et chétif, pour en montrer un autre bien constitué ; on le dit plus jeune qu'il n'est, afin qu'on ne trouve pas le lait trop ancien ; on mouille les langes pour faire croire que l'enfant urine continuellement et qu'il est par conséquent bien nourri ; et, pour que le volume des seins

paraisse plus considérable qu'il n'est réellement, on ne donne pas à téter pendant les vingt-quatre heures qui précèdent le moment de la visite, etc. La connaissance de ces manœuvres ne suffirait pas pour déceler l'imposture : on doit alors visiter la femme et recueillir soi-même les caractères propres à mettre la vérité dans tout son jour : si le sein est mal conformé, la glande mammaire d'un petit volume, le mammelon peu ou point érectile; si par la pression le lait ne jaillit pas abondamment en plusieurs rayons; si, au lieu d'être légèrement sucré, inodore, d'un blanc bleuâtre et assez consistant, ce liquide présente des caractères opposés; si, par exemple, il ne forme point une gouttelette lorsqu'on le reçoit sur l'ongle que l'on incline légèrement, on déclare que la femme ne réunit point les qualités voulues. Supposons maintenant qu'il s'agisse d'un phthisique qui se destine à remplacer un conscrit, et qui cache soigneusement sa maladie, quel est le médecin qui ne découvrira pas la dissimulation, en ayant égard à la conformation du col, des épaules et de la poitrine, à la couleur rouge des pommettes, au son de la voix, à la difficulté de respirer, à la chaleur de la peau, et surtout de la paume des mains; à la fréquence du pouls, à l'amaigrissement du corps, etc.? sans doute qu'on n'aura pas toujours occasion d'observer l'ensemble des symptômes qui caractérisent la maladie que l'on dissimule; mais on pourra souvent rassembler assez de données pour soupçonner au moins qu'elle existe. Il faut également être prévenu que, dans certaines circonstances, les malades ne dissimulent qu'une partie des signes de l'affection dont ils sont

atteints, dans l'espoir que la maladie sera jugée moins grave.

Des maladies imputées.

On donne le nom de *maladies imputées* à celles que l'on prétend exister chez un individu qui n'en est pas affecté. Ici la mission de l'homme de l'art est extrêmement facile à remplir; qu'importe que l'on accuse une personne d'imbécillité, de folie, ou d'avoir une maladie vénérienne, etc., si les symptômes de ces affections manquent? Il est évident que nous ne devons juger les maladies que par les phénomènes qui les caractérisent; l'absence de ces phénomènes nous autorise à déclarer que la maladie est imputée.

VINGT-SEPTIÈME LEÇON.

Des maladies intellectuelles.

Nous comprenons sous ce titre la *folie* et toutes les maladies dans lesquelles les fonctions intellectuelles sont abolies, suspendues ou perverties, soit que l'affection réside essentiellement dans le cerveau ou dans ses membranes, ou qu'elle ait son siége primitif dans d'autres parties du corps, et que la lésion du cerveau ne soit que sympathique. Il nous semble inutile de faire connaître toutes les dispositions de nos Codes relatives à ce sujet, qui peuvent mettre les magistrats dans la nécessité de consulter les gens de l'art; nous nous bornerons à dire, 1° que d'après l'article 1108 du Code civil, une obligation n'est valable qu'autant que

la partie qui s'oblige *consent* : or le consentement suppose le libre exercice des facultés intellectuelles; 2° qu'une donation entre-vifs ou un testament ne peuvent être faits que par un individu dont l'*esprit est sain*, et que le testament par acte public doit être dicté aux notaires par le *testateur*, à qui on doit en donner lecture en présence de témoins. (Art. 901 et 972 du Code civil.)

Nous allons traiter successivement, 1° de la folie; 2° des diverses maladies qui peuvent faire croire qu'un homme n'était pas sain d'esprit en faisant son testament ou en contractant une obligation quelconque.

De la folie ou aliénation mentale.

La folie peut être simulée, dissimulée, imputée ou méconnue. Dans la folie *simulée*, l'individu cherche à se faire passer pour fou, dans l'intention de se soustraire à une peine qu'il a encourue, à des obligations qu'il a contractées, ce qui est plus rare; ou bien il réclame des indemnités pour des mauvais traitemens qu'il a reçus, il cherche à se faire exempter du service militaire, ou à être admis dans un asile d'aliénés. On *dissimule* l'aliénation mentale lorsqu'on a intérêt à cacher qu'un individu est ou a été fou, soit pour obtenir ou faire valider des engagemens, des conventions, des contrats, des dispositions testamentaires, soit pour lui conserver l'autorité ou le pouvoir dont il est revêtu, etc.; tantôt c'est l'aliéné lui-même qui cache avec soin ses idées, ses desseins, pour jouir de sa liberté ou pour être surveillé d'une manière moins importune

et parvenir au but qu'il se propose, comme de se détruire, de se venger, etc. La folie est *imputée* lorsqu'on veut faire passer un individu pour être ou pour avoir été fou, afin de le soustraire à la sévérité des lois, de faire casser des engagemens, des conventions, des contrats, des dispositions testamentaires, etc., dont il serait l'auteur; de le priver du pouvoir, de l'autorité, d'une fonction quelconque, de ses droits comme propriétaire, comme père, comme époux, comme citoyen, soit en obtenant son interdiction, ou en lui faisant donner un conseil, ou simplement en le tenant dans une maison d'aliénés. Dans la folie *méconnue*, l'aliénation n'est pas assez intense pour être reconnue ou même soupçonnée, parce que le malade ignore son état, ou parce qu'il lui reste assez de force pour le cacher.

Moyens propres à faire reconnaître cette maladie. Les caractères de la folie sont assez saillans et assez multipliés pour que, *dans le plus grand nombre des cas,* l'état d'aliénation soit promptement et facilement reconnu des personnes qui entourent le malade, et surtout du médecin qui l'observe. Voici ce que l'on remarque de plus spécial *dans les cas ordinaires : 1° Etat mental :* agitation, cris, vocifération, incohérence dans les idées, dans les raisonnemens, succession rapide et désordonnée d'idées, de jugemens, d'émotions; préoccupation extrême qui fait que l'aliéné est presque tout entier à ses chimères et plus ou moins étranger aux objets extérieurs, qu'il fixe à peine son attention sur les personnes qui l'entourent, sur les aliénés avec lesquels il vit; conceptions, rapprochemens d'idées, interprétations qui étonnent par leur singularité, leur peu de

rapport avec les choses ordinaires ; hallucinations, visions, voix qui se font entendre au malade, par lesquelles il est de temps à autre ou sans cesse poursuivi, conseillé, instruit, commandé, effrayé; *invisibles* qui guident, qui espionnent, qui tourmentent; idée fixe, fausse ou ridicule, inaccessible à toute espèce de raisonnement, souvent même aux preuves les plus positives, soutenue avec opiniâtreté, avec chaleur, avec conviction, quelquefois avec beaucoup de talent et d'éloquence; inaptitude au travail intellectuel, aux occupations habituelles; l'esprit est agité, et ne peut se fixer, ou bien il se fatigue promptement, ou bien enfin il est tellement faible qu'il n'est capable d'aucune espèce d'effort; oubli des besoins, des sensations désagréables ou douloureuses; altération profonde des sentimens, des affections, indifférence ou haine de l'aliéné pour ses proches, son époux, ses enfans; goûts, désirs, penchans extraordinaires; morosité, abattement, tristesse, crainte, frayeur sans motifs réels; défiance outrée ou confiance exagérée; crédulité étonnante; imprévoyance extrême; l'aliéné a une confiance entière dans sa manière de penser, et se croit en parfaite santé; sommeil nul, rare, incomplet et agité, ou bien plus profond, plus prolongé que d'habitude. 2° *Etat extérieur* : l'expression de la physionomie, les gestes, les attitudes de la plupart des aliénés, ont quelque chose de remarquable qu'il est difficile de caractériser; ces actes en effet se trouvent être en rapport avec l'état mental, d'autant mieux que les malades, persuadés comme ils le sont, qu'ils pensent et agissent suivant les lois de la raison, ne cher-

chent nullement à cacher leurs idées et leurs émotions par un maintien apprêté; beaucoup d'aliénés sont agités, pressés du besoin de se mouvoir, de parler; beaucoup d'autres ont les mouvemens embarrassés, affaiblis ou paralysés. 3° *Causes et invasion de la maladie :* dans presque tous les cas d'aliénation mentale, la maladie reconnaît une ou plusieurs causes notoires, remarquables, assez intenses pour ne laisser aucun doute sur le rôle qu'elles ont joué. Une autre circonstance qui nous semble assez caractéristique est celle-ci ; la maladie a très-souvent une invasion lente et progressivement croissante pendant laquelle l'aliéné manifeste une foule de variations dans son caractère, ses goûts, ses habitudes, ses mœurs, ses fonctions intellectuelles, variations inaperçues d'abord, puis prises pour des singularités, des bizarreries auxquelles on fait peu d'attention, mais qu'on se rappelle souvent lorsque l'aliénation est déclarée. 4° *Les fonctions nutritives et génératrices* ne fournissent aucun signe qui ait quelque valeur, si ce n'est peut-être l'espèce de voracité avec laquelle certains aliénés prennent et mangent leurs alimens, la constipation opiniâtre et habituelle dont un très-grand nombre sont atteints, et les désirs vénériens excessifs dont sont tourmentés plusieurs malades, en supposant que le premier phénomène dût toujours être rapporté aux organes digestifs, et le dernier aux organes génitaux.

On n'observe jamais chez un aliéné l'ensemble des phénomènes dont il vient d'être fait mention; les symptômes de la folie sont plus ou moins nombreux chez les différens individus, et varient suivant qu'il y a *idio-*

tie, *manie*, *monomanie* ou *démence*. Voilà pour les cas ordinaires ; voyons maintenant ceux où la vérité n'est pas aussi facile à saisir.

Les difficultés du diagnostic de l'aliénation mentale peuvent être envisagées sous deux points de vue : ou bien ce sont des individus admis dans la société comme raisonnables, qui se rapprochent des aliénés sous certains rapports, ou bien ce sont des aliénés qui conservent assez de bon sens pour paraître raisonnables.

§ Ier.

Individus que l'on croit raisonnables, et qui se rapprochent des aliénés sous certains rapports.

Dans cette catégorie viennent naturellement se ranger, 1° les individus qui ont l'esprit borné ou faible, dont les connaissances sont peu étendues ou imparfaites, et qui, pour ces raisons, peuvent avoir le jugement le plus faux, les idées les plus bizarres, les opinions les plus invraisemblables : aussi Haslam, dans sa définition de la folie, exige-t-il, pour caractériser cette dernière, une association d'idées *familières*, incorrectes, indépendamment des préjugés de l'*éducation*; ainsi, dit-il, un paysan qui prétendrait aller à cheval en Amérique pourrait très-bien jouir de tout son bon sens, tandis que l'habile navigateur qui aurait une pareille idée serait certainement aliéné. Il faut classer ici les imbéciles qui n'ont de jugement et de raison que bien juste pour se conduire dans les actes ordinaires et faciles de la vie, mais qui n'ont point assez de discernement pour apprécier les motifs de toutes

leurs actions. Mais peut-on toujours s'assurer qu'une idée extravagante est du nombre des idées familières d'un individu, et qu'elle est en rapport avec les préjugés qu'il tient de son éducation? 2° Les individus qui passent dans le monde pour être des esprits superficiels, brouillons, distraits; pour être doués d'une imagination vive, mobile, déréglée, impossible à tenir en repos; pour avoir des idées bizarres, singulières, des manières de voir particulières et extraordinaires, des manies, des lubies, des travers dans l'esprit; pour être amis du merveilleux, etc. Après avoir cité l'exemple d'un homme qui ne déraisonnait que sur un seul objet tellement isolé, qu'il s'écoulait quelquefois plusieurs mois sans qu'on pût apercevoir en lui la moindre trace d'aliénation, Cox se demande s'il n'y a pas encore des délires plus bornés, et si les façons de penser et d'agir extraordinaires et bizarres sur quelque objet particulier, des personnes réputées sages, ne ressemblent pas beaucoup aux marottes des aliénés. Il faudrait convertir des cités en maisons d'insensés, si l'on prétendait renfermer tous les fous de cette espèce qui jouissent du commerce de la société. 3° Les individus dominés, égarés par des penchans impérieux, d'un caractère emporté, surtout si leurs passions ne peuvent être dirigées ni par les lumières de la raison, ni par les préceptes d'une bonne éducation; il est de ces êtres qui se rapprochent réellement de certains imbéciles qui manquent d'intelligence, mais qui n'en sont pas moins rusés, colères et méchans. On rencontre dans la société des individus d'un mauvais caractère, qui se livrent à tout propos à des emportemens aveu-

gles : si ces êtres malheureusement nés se trouvent dans des circonstances fâcheuses, s'ils sont sans cesse aigris par l'injustice, par de mauvais procédés, par des malheurs, ils deviennent insupportables à ceux qui les entourent et à eux-mêmes; il ne serait pas toujours facile de les distinguer des véritables aliénés. Quelquefois les personnes les plus heureusement nées sont conduites à cet état par l'infortune : on a vu des femmes réduites au désespoir par l'inconduite et la brutalité de leurs maris, être tellement exaspérées qu'il a été aisé de les faire passer pour folles pendant quelque temps. On conduit de force et par surprise une personne saine d'esprit dans une maison d'aliénés; le désespoir et la fureur lui donnent toutes les apparences de la folie, et le calme qui succède enfin est pris pour un intervalle lucide. Il est des individus surpris à chaque instant par des terreurs paniques, agités par des inquiétudes sans sujet, tourmentés par un état de perplexité et d'indécision désespérant, etc. Comment doit-on considérer les envies de quelques femmes enceintes, les désirs de quelques femmes nerveuses, les changemens dans le caractère suscités par la menstruation, par l'état morbide du cerveau des hystériques, des hypocondriaques, etc.?

Relativement aux passions, les magistrats demandent quelquefois aux gens de l'art : si un homme possédé d'une passion dominante et exclusive peut tomber dans une espèce de monomanie au point d'être privé de ses facultés intellectuelles et d'être hors d'état de réfléchir? Si une passion extraordinaire n'est pas par elle-même un signe de monomanie? Si une passion dominante

et exclusive peut exciter chez un individu un dérangement d'idées qui aurait tous les caractères de la démence? Ces questions ont évidemment pour but de déterminer, 1° *si une passion violente peut être considérée comme étant un accès de monomanie ;* 2° *si une passion dominante et exclusive peut exciter momentanément, c'est-à-dire durant son existence seulement, un état d'aliénation mentale.* La première question doit être résolue négativement, du moins dans l'immense majorité des cas : ce n'est point une aliénation, dans le sens attaché à ce mot, que la colère, la frayeur, l'amour, la jalousie, etc. ; l'esprit peut sans doute être subjugué, la volonté privée de toute liberté par l'effet d'une passion ; mais un pareil état n'est pas une aliénation mentale. Un orgueilleux n'est pas fou parce qu'il se croit supérieur à ceux de son rang ou de sa classe ; un ambitieux n'est pas aliéné parce qu'il est dévoré de la soif des honneurs, des richesses et du pouvoir ; mais l'un et l'autre ont perdu la raison lorsqu'ils manifestent avec persuasion des idées et des désirs qui ne sont plus en rapport avec leur condition ; lorsque l'un se croit dieu, roi, et l'autre possesseur des richesses de toute la terre, ou d'une puissance sans bornes. Quant à la seconde question, nous avons cru devoir la restreindre au fait d'une aliénation *momentanée*, et non d'une aliénation *persistante* : sous ce dernier point de vue, elle n'offrirait aucune difficulté, puisque les passions sont, de toutes les causes de la folie, les plus nombreuses et les plus puissantes. L'observation n'a point encore signalé de folie *temporaire* et *momentanée* qui soit née et qui ait cessé avec une passion dominante ;

il y a bien de grands troubles dans l'esprit lorsqu'il est agité par la colère, tourmenté par un amour malheureux, anéanti par la frayeur, égaré par le désespoir, perverti par le désir impérieux de la vengeance, etc.; mais on n'a jamais songé à voir dans ces troubles les symptômes de la folie; ils disparaissent avec leur cause. Le législateur a pourtant reconnu avec raison que ces passions devaient en partie soustraire l'homme à la responsabilité de ses actions, lorsque celles-ci n'avaient pas été préméditées.

Les magistrats peuvent encore demander aux médecins si le suicide est toujours un acte de folie. Cette question rentre évidemment dans les précédentes; en effet, déclarer que les passions ne sont point des états de véritable aliénation mentale, c'est dire implicitement que le suicide, provoqué par elles, n'est point le résultat de cette maladie. L'homme qui souffre au point de désirer la mort n'a pas sans doute l'esprit bien calme, et avant d'arrêter la funeste résolution de se détruire, avant surtout de se porter le coup mortel, il doit être en proie aux plus vives angoisses, si la raison n'est pas aliénée; mais, quel que soit en ces instans le trouble de ses facultés mentales, il apprécie la gravité des circonstances qui le pressent, et calcule les résultats de l'action qu'il médite. L'homme qui se tue pour échapper à une mort ignominieuse et certaine, pour se débarrasser de maladies douloureuses, d'infirmités dégoûtantes qu'il croit incurables, pour prévenir un genre de mort qui emporterait la confiscation de ses biens et en priverait sa famille, etc., un tel homme peut-il être comparé à un aliéné qui fonde ses déterminations sur

des erreurs manifestes? Il est néanmoins plus que probable qu'il y a parmi les individus qui deviennent homicides d'eux-mêmes beaucoup plus d'aliénés qu'on ne pense communément.

§ II.

Aliénés qui conservent assez de bon sens pour pouvoir paraître raisonnables.

Passons maintenant en revue les aliénés dont la maladie peut être passagère, équivoque ou cachée. 1° *Développement lent et imperceptible de l'aliénation mentale.* Le plus souvent, avant de perdre la raison d'une manière ostensible, le malade est légèrement aliéné pendant plusieurs mois ou même plusieurs années, sans que les personnes qui l'entourent fassent beaucoup attention aux légers changemens survenus dans son caractère, ses goûts, son application au travail, etc. En cherchant à remonter à l'époque où la folie avait commencé chez un malade que l'on supposait aliéné depuis plusieurs années, quoique ses parens ne s'en fussent aperçus que depuis quelques mois, on se rappela que près de deux ans avant l'invasion présumée de l'aliénation, ce malade, devenu colère et emporté, de doux qu'il était, se livra à un accès de fureur contre un individu qui ne s'était pas assez dérangé pour le laisser passer : supposez qu'il l'eût blessé ou tué, n'eût-il pas été rendu responsable de son action et condamné, quoique certainement il fût déjà sous l'empire de la maladie qui l'a privé plus tard entièrement de sa raison? Les exemples de ce genre sont très-communs. 2° On voit dans

certains cas de *monomanie* les malades conserver tous les dehors d'une raison parfaite; cependant ces malades ont presque toujours quelque chose de particulier dans l'intelligence et le moral; ils sont préoccupés, inappliqués, indifférens; leurs affections sont altérées, changées, etc. 3° Il existe un *léger degré de manie* qui ressemble assez bien au premier degré de l'ivresse; les malades sont exaltés, leur esprit est continuellement tendu, ils causent plus qu'à l'ordinaire, avec plus de facilité et de rapidité, ils sont indiscrets, etc.; mais toutes leurs sensations sont justes, leurs raisonnemens sont suivis; cependant on finit bientôt par découvrir chez les aliénés de cette espèce des préventions, des sentimens exaltés, une altération des affections, etc. 4° Un état opposé à celui-ci, c'est le premier degré de la *démence primitive* qui survient à la suite des excès des plaisirs vénériens ou des liqueurs alcoholiques, par l'effet des progrès de l'âge, ou de l'apoplexie : il est souvent bien difficile de saisir le moment du passage d'un simple affaiblissement des facultés à leur perversion. 5° L'espèce d'aliénation assez commune chez les *femmes*, qui consiste dans une perversion de leurs affections, sans désordres notables de l'intelligence, si ce n'est la préoccupation, l'inapplication, etc., étonne toujours la plupart des personnes peu habituées à voir ces sortes de malades. 6° *Folie dissimulée par le malade*. On a vu des mélancoliques suicides feindre un état de raison parfaite pendant longtemps, assurer qu'ils n'ont plus l'envie de se détruire, suivre avec un plaisir apparent tous les conseils qu'on leur donne, etc., pour obtenir enfin leur liberté et

exécuter leur funeste dessein. Quelques aliénés cherchent à en imposer aux personnes qui viennent les voir ou les interroger, ils leur parlent avec sens et raison, et écartent avec un soin tout particulier l'objet de leur délire dès qu'on leur a dit que cela seul prouvait qu'ils étaient fous et s'opposait à leur mise en liberté. Il en est qui se reprochent d'avoir trompé leurs familles en leur annonçant du mieux lorsqu'ils sont désespérés de n'en point éprouver, lorsqu'ils ont été obligés de se contraindre pour donner quelques consolations à leurs parens. Il est difficile de se faire une idée du point jusqu'où certains aliénés peuvent pousser la dissimulation de leur maladie.

7° *Folie de courte durée.* L'ivresse n'est point un motif d'excuse aux yeux de la loi : il n'est point de notre objet de rechercher si la loi est juste, et s'il n'y a pas quelque distinction à faire ; mais ce qui ne doit pas être confondu avec l'ivresse, sous ce rapport, c'est l'état d'aliénation, de délire, qui en est quelquefois la suite, et qui dure ordinairement quelques jours, une ou deux semaines. Ne serait-il pas facile à un homme qui se serait enivré tout exprès, de feindre un état de déraison et de fureur, d'autant plus aisément qu'on aurait eu moins de temps pour l'observer? Presque tous les épileptiques perdent pour quelques instans la raison après leurs attaques ; beaucoup ont alors un court accès de démence ou de manie quelquefois furieuse et aveugle. Que faire à un individu qui parviendrait à simuler quelques attaques d'épilepsie suivies d'un accès de fureur, pour commettre une mauvaise action ; ou à celui qui, ayant été autrefois aliéné, simulerait un court accès

pour commettre quelque acte répréhensible ? Ne voit-on pas des aliénés qui ne sont déraisonnables qu'au sein de la société, et qui recouvrent leur bon sens aussitôt qu'ils rentrent dans une maison de santé, où ils se trouvent séparés des objets qui les affectent désagréablement, et soumis à une règle commune et inflexible de vie ?

8° *Folie intermittente ; folie présumée guérie.* Si l'aliénation peut exister à un degré faible et plus ou moins imperceptible, long-temps avant que l'accès n'éclate, il peut arriver que la guérison ne soit qu'apparente au moment où on la croit parfaite : c'est ainsi que le médecin a souvent beaucoup de peine à faire consentir les familles à prolonger l'isolement des malades. Dans les folies intermittentes, les intervalles des accès présentent très-souvent un état de raison non moins satisfaisant que dans les aliénations dont la guérison est solide ; ou bien, si le malade conserve quelques idées exagérées ou bizarres, il les cache facilement ; et il y aurait, dans tous ces cas, de la cruauté à priver ces individus de leur liberté. D'un autre côté, on sait que parmi les aliénés les mieux guéris, il en est qui conservent souvent encore quelque chose de leur maladie ; qui sont plus susceptibles, plus irritables, moins aptes à un travail soutenu ; qui présentent quelque chose de particulier dans l'expression de la physionomie, etc. ; cependant ces mêmes individus remplissent leurs devoirs sociaux et jouissent de leurs droits civils ; serait-il juste de les rendre aussi rigoureusement responsables de leurs actions que les autres hommes ? Ne peuvent-ils pas être quelquefois dans cet état léger de folie qui carac-

térise la période d'incubation de cette maladie? Cependant la société ne serait-elle pas exposée à des dangers de toute espèce, si les aliénés ainsi guéris pouvaient trouver des motifs d'excuse à toutes leurs actions? 9° *Manie dite sans délire.* M. Pinel ayant observé plusieurs aliénés qui étaient dominés par une sorte d'instinct de fureur, sans lésion de l'entendement, et comme si les facultés affectives seules avaient été lésées, a cru devoir désigner cette espèce de folie sous le nom de *manie sans délire.* Il cite entre autres exemples celui d'un jeune homme mal élevé et habitué à se livrer sans réserve à tous ses caprices, qui oppose la force et l'audace à tout ce qui lui résiste, et vit continuellement dans les querelles et les rixes; il régit cependant très-bien un grand domaine, remplit les autres devoirs de la société; il est calme hors de ses emportemens. Des blessures, des procès, des amendes pécuniaires avaient été le seul fruit de son malheureux penchant aux rixes, lorsqu'un jour il s'emporte contre une femme qui l'injurie, et la précipite dans un puits. La connaissance de l'état antérieur de son caractère fit qu'on le condamna seulement à une réclusion dans l'hospice des aliénés de Bicêtre. Les exemples de fureur habituelle sans délire sont fort rares; soit que la lésion des idées précède l'exaltation du penchant, ou que celle-ci soit cause de l'autre, ces malades sont presque toujours guidés dans leurs déterminations déraisonnables par des perceptions fausses et des jugemens erronés. On cite cependant quelques faits qui paraîtraient prouver que plusieurs autres penchans ont dominé à peu près irrésistiblement la volonté, et détruit ainsi la liberté morale,

sans aliénation des facultés de l'esprit. Ce point de médecine et de morale a besoin d'être éclairci par des faits nouveaux et bien observés.

Ainsi, 1° les signes de la folie peuvent être équivoques, peu apparens, fugitifs ; 2° certains états intellectuels et moraux de l'homme réputé raisonnable ne sont pas éloignés de l'aliénation, si même quelques-uns ne sont pas des caractères de cette maladie. Ne pourrait-il pas arriver que des aliénés fussent pris pour des êtres doués de raison, et *vice versâ?* Il est incontestable que les effets de l'aliénation sont souvent méconnus lorsque la maladie n'est point assez intense, surtout dans un premier accès : les malades ont même beaucoup à souffrir, par ce motif, de la mauvaise humeur et des mauvais procédés de ceux qui exercent quelque autorité sur eux. En attendant des décisions et des jugemens, on a privé de leur liberté pendant long-temps d'innocentes victimes ; et, d'autre part, chaque jour l'aliénation est simulée par des criminels qui cherchent à échapper à la sévérité des lois. Voyons quels moyens peuvent conduire à la découverte de la vérité.

On est appelé à examiner un individu pour savoir s'il est aliéné ou non ; supposons que l'aliénation ne soit pas caractérisée de manière à ne laisser aucun doute dès la première visite : 1° on prendra des renseignemens sur l'état antérieur de l'individu ; on s'informera, par exemple, s'il existe ou s'il a existé des aliénés parmi ses proches parens, s'il a déjà eu un ou plusieurs accès de folie, s'il a été soumis à une des causes fréquentes de cette maladie, et si depuis on n'a pas observé des chan-

gemens dans son caractère, ses goûts, ses habitudes, ses affections, ses opinions, dans sa conduite envers ses parens, ses amis, etc.; ces circonstances pourront faire naître des présomptions en faveur de l'existence de la maladie. 2° on étudiera attentivement l'état actuel de l'individu à l'aide de différens moyens, qui sont, *a* un ou plusieurs interrogatoires : ce moyen n'est pas très-sûr; l'aliéné qui sait qu'on l'observe pour statuer sur son état, peut prendre une infinité de précautions, répondre juste à toutes les questions, surtout s'il n'a pas une idée dominante ou une passion exclusive; on a vu des aliénés dans un état de démence très-avancé, dont il a été impossible de démontrer l'aliénation en suivant cette marche; *b* des témoignages, surtout de la part des personnes qui connaissent l'individu, qui l'ont suivi pendant long-temps, qui ont pu voir renouveler ses extravagances; *c* des conversations réitérées: lorsque le médecin conserve du doute, il peut demander que la personne présumée aliénée soit placée dans une maison ou dans un hospice d'aliénés, pour y être mieux étudiée par les hommes de l'art et par des individus accoutumés à voir de ces malades; *d* des lettres ou des mémoires que l'on demandera au malade, sous le prétexte de lui faire rendre justice, et surtout des pièces de cette nature qu'il aura écrites sans y être excité : l'homme en démence oublie des mots, des lettres, écrit des périodes ou des phrases sans liaison; le monomaniaque parle de l'objet de son délire, etc.; *e* des menaces, un traitement fatiguant et même douloureux: le criminel pourra résister à tout, mais un individu qui simulerait l'aliénation par fainéantise serait bientôt

guéri; cependant, de même que la plupart des aliénés se refusent à toute espèce de traitement, en criant à l'injustice, de même il peut y avoir de prétendus aliénés qui s'y refusent; *f* en plaçant l'individu de manière à ce qu'on puisse l'observer sans qu'il s'en doute : le véritable fou ne s'inquiète pas s'il est observé ou non, pour manifester son délire; il n'en est pas de même de celui qui simule la maladie. *g* Lorsqu'une personne est traitée comme aliénée, et qu'elle prétend ne pas être folle, on lui demande quels motifs on pourrait avoir de la persécuter, et alors soit qu'elle divague sur-le-champ en invoquant des motifs invraisemblables ou ridicules, soit qu'elle parle un langage raisonnable, on recueillera dès cet instant de précieux renseignemens : si un aliéné, croyant être roi, se plaint de ce qu'on l'enferme pour le dépouiller de sa couronne, le doute sera éclairci; si, au contraire, un individu se plaint avec calme, à différentes reprises, de ses proches, s'il indique les motifs intéressés pour lesquels ils prétendent le faire passer pour fou, ce langage raisonnable, du moins en apparence, doit laisser dans le doute, et provoquer de plus amples informations. 3° On tient compte de l'état de la santé postérieurement aux actes suspectés de déraison : si l'aliénation finit par se manifester ostensiblement, on peut présumer qu'elle existait déjà à une époque antérieure de quelques mois, ou même plus, et alors on prend des renseignemens sur l'état du malade à cette époque. 4° enfin, on s'éclaire des circonstances qui ont accompagné le délit ou le crime : l'aliéné commet un crime sans intérêt positif, et ne s'en cache point après l'avoir commis.

Ces différentes observations suffisent ordinairement pour lever tous les doutes ; cependant il est des cas où il est difficile et quelquefois même impossible de prononcer ; s'il s'agit d'un individu accusé d'un crime ou d'un délit, en l'acquittant, on peut toutefois le faire enfermer pour l'exclure de la société qu'il a troublée ; si c'est un individu dont on provoque la séquestration ou l'interdiction, on peut rejeter provisoirement ces mesures extrêmes, et s'en tenir au besoin à la nomination d'un conseil judiciaire.

La législation française, comme celle de tous les pays, ne parle nullement de la séquestration des aliénés avant leur interdiction. Ainsi, d'une part, les arrestations arbitraires et les séquestrations de personnes sont punies des peines les plus sévères (Code pénal, art. 341 à 344.) ; de l'autre, la réclusion d'un aliéné ne peut être légalement autorisée que par le jugement d'interdiction : on ne peut donc, sans encourir les peines prononcées contre les arrestations arbitraires et les séquestrations de personnes, faire enfermer les aliénés dans les maisons destinées à les recevoir, qu'après les avoir fait interdire. On a bien senti les vices de ces dispositions législatives, puisque partout l'autorité administrative permet la séquestration des aliénés dont la maladie est seulement constatée par des certificats de médecins, dûment légalisés. L'intérêt des malades, celui des familles, la sûreté publique, exigent souvent, ainsi que l'a prouvé M. Esquirol, que la séquestration des aliénés soit permise dès le début de la folie, et aussi promptement que possible, par conséquent bien avant qu'on ait pu

remplir toutes les formalités voulues pour prononcer l'interdiction : celle-ci a d'ailleurs le grave inconvénient de rendre public un accident que les familles ont intérêt à cacher. Les questions qui se rattachent à ce point médico-légal sont de la plus haute importance ; elles touchent à ce que l'homme possède de plus précieux, la liberté et l'honneur : il s'agit, en effet, de donner aux familles la faculté de faire enfermer avec la permission d'une autorité administrative tutélaire, ceux de leurs membres qui ont perdu la raison ; mais en même temps il faut faire en sorte qu'on ne puisse abuser de cette faculté, et faire enfermer sous prétexte qu'ils sont fous des individus qui jouissent de leur raison. M. Esquirol a très-bien indiqué la plupart des difficultés que présente la séquestration des aliénés ; il a insisté avec raison sur la nécessité de laisser aux familles beaucoup de pouvoir sur ceux de leurs membres qui sont fous. Ne pourrait-on pas concilier à la fois le respect pour la liberté individuelle et l'intérêt bien entendu des parties intéressées dans ces circonstances, en admettant une espèce d'interdiction provisoire, qui pourrait être prononcée sur la demande du conseil de famille, par le juge de paix assisté de deux médecins, dont l'un nommé par lui, et l'autre par la famille ? Cette interdiction serait prononcée en quelques jours ; elle autoriserait l'admission de l'aliéné dans une maison de force, et lui nommerait un conseil judiciaire ; elle devrait être renouvelée trois ou quatre fois dans les deux ou trois premières années : alors seulement on pourrait instruire pour une interdiction définitive. De cette manière on

ne perdrait pas un temps précieux, on éviterait une trop grande publicité et beaucoup de frais ; en renouvelant l'interdiction provisoire, on réparerait l'erreur qu'on aurait pu commettre, et on empêcherait qu'on ne retînt dans des maisons de fous des individus guéris : enfin, ces malades ne pouvant s'engager sans l'assistance du conseil judiciaire, ne deviendraient jamais les victimes de la mauvaise foi ou de la friponnerie.

(*Article communiqué par* M. Georget.)

§ II.

Des diverses maladies qui peuvent faire croire qu'un homme n'était pas sain d'esprit en faisant son testament, ou en contractant une obligation quelconque.

Il existe une foule de maladies dans lesquelles la faculté de juger est abolie, suspendue ou pervertie ; il ne peut pas entrer dans le plan de cet ouvrage de les indiquer en détail, soit parce que leur nombre est trop considérable, soit parce qu'elles sont généralement connues de tous les médecins. Ce qu'il importe d'établir, c'est que plusieurs d'entr'elles ne troublent les fonctions intellectuelles que momentanément, tandis que d'autres produisent cet effet pendant toute leur durée ; ainsi le délire que l'on remarque dans certaines gastro-entérites, dans certaines pneumonies, etc., peut se dissiper au bout de quelques heures pour reparaître plus tard ; dans une attaque d'apoplexie intense, au contraire, la perte de connaissance qui

s'est manifestée dès l'invasion de la maladie, persiste jusqu'à la mort; et si l'attaque est légère, l'individu peut recouvrer l'usage de ses sens au bout d'un ou de plusieurs jours, surtout s'il a été convenablement secouru. L'homme de l'art chargé de faire un rapport sur un cas de ce genre, examinera donc soigneusement si la maladie dont l'individu est atteint est du nombre de celles qui doivent occasioner un trouble permanent des fonctions intellectuelles, si elle offre, au contraire, des accès et des intervalles lucides, ou si elle appartient à la classe nombreuse de celles qui ont leur siége dans les organes thoraciques ou abdominaux, et qui peuvent être accompagnées de délire.

Il n'y a pas encore long-temps que les tribunaux ont été saisis d'une affaire qui se rattache naturellement au sujet que nous traitons, et qui mérite d'autant plus de fixer notre attention, qu'elle était entièrement du ressort de la médecine légale. Voici le fait : le sieur Fried, de Strasbourg, passe le 11 mars 1809, un contrat de rente qui renferme une constitution de rente à fonds perdus à son profit : cet homme était hémiplégique depuis dix ans, à la suite d'une attaque d'apoplexie; il meurt le deuxième jour après la passation du contrat de rente, d'une attaque d'apoplexie accidentellement survenue à la suite d'une altercation. On veut savoir si, le jour de la passation de l'acte, il était déjà atteint de la maladie à laquelle il a succombé; ou, en d'autres termes, on demande si l'hémiplégie qui existait depuis dix ans, et l'attaque d'apoplexie qui l'a fait périr le deuxième jour de la passation du contrat, ne forment qu'une seule et même maladie. Les

débats sont motivés sur les articles 1974 et 1975 du code civil, dans lesquels on trouve : « Que tout contrat de rente viagère créé sur la tête d'une personne qui était *morte au jour* du contrat, ne produit aucun effet, et qu'il en est de même du contrat par lequel la rente a été créée sur la tête d'une personne atteinte de *la maladie dont elle est décédée dans les vingt jours* de la date du contrat. »

Plusieurs professeurs des facultés de Paris, de Montpellier et de Strasbourg, ainsi que d'autres médecins distingués, sont consultés, et les opinions qu'ils expriment dans leurs rapports ou dans leurs consultations médico-légales ne s'accordent point; les uns pensent que le sieur Fried n'a pas cessé d'être attaqué d'apoplexie, dont les symptomes concomitans ont reparu trois fois, et ils attribuent sa mort à cette maladie, dont il était atteint lors de la passation du contrat de vente de sa maison; les autres sont d'un avis contraire, comme on peut le voir par les conclusions suivantes du docteur Ristelhuéber, l'un des médecins qui, dans cette occasion, nous paraît avoir fait preuve de plus de talent : 1° Fried est mort d'une apoplexie non déterminée par la même cause qui avait donné lieu à la première attaque, mais provoquée par un accès de colère. 2° L'accès de colère qui a produit l'attaque d'apoplexie doit être considéré comme une cause occasionelle et déterminante, car elle a réduit en acte la disposition à l'apoplexie qui existait chez Fried; elle a converti son infirmité en une apoplexie foudroyante, et pour parler avec plus de précision, en une autre maladie qui n'existait pas au jour du contrat. 3° Il n'est pas vrai

que Fried, hémiplégique depuis dix ans, est mort de la maladie ou infirmité dont il était atteint le jour qu'il a passé le contrat; car Fried, hémiplégique au jour du contrat, ne présentait aucun symptôme d'une attaque d'apoplexie; il n'est donc pas mort de l'hémiplégie qui existait, mais de l'apoplexie survenue à la suite d'une altercation. (Rapports et consultations de médecine légale, par *J. Ristelhueber*. Paris, 1821.)

Il est aisé de voir qu'il nous serait impossible d'établir des règles générales propres à résoudre les questions analogues qui pourraient se présenter par la suite; les divers problèmes de ce genre peuvent être accompagnés de circonstances tellement différentes, qu'il est indispensable de les juger individuellement. Toutefois nous admettrons avec le docteur Ristelhueber, que pour que le contrat soit nul, il faut que la personne meure de la maladie ou de l'attaque dont elle était atteinte au jour du contrat, et non au jour de la récidive de l'une ou de l'autre. Ne serait-il pas absurde, en effet, de frapper de nullité un contrat passé le jour même où un homme éprouve une attaque d'hémoptysie, par cela seul qu'il meurt à la suite d'une autre attaque, au dix-neuvième jour après la passation de l'acte, tandis qu'il s'était bien porté dans l'intervalle des deux accès? Il est évident que l'individu dont nous parlons n'est pas mort de l'attaque qu'il avait eue au jour du contrat, mais bien de la dernière : ce qui le prouve, c'est qu'il n'a pas été sensiblement malade dans l'intervalle des accès; et l'on conçoit que l'attaque qui l'a fait périr, aurait aussi bien pu avoir

lieu après les vingt jours, qu'au dix-neuvième jour après la passation de l'acte.

Les questions relatives à l'état des facultés intellectuelles chez les *vieillards*, chez les *sourds et muets* et chez les *somnambules*, peuvent sans inconvénient être rapprochées de celles qui viennent de nous occuper.

S'il est vrai que l'homme parvenu à un état de vieillesse très-avancée, perd en général le libre exercice de ses facultés inctellectuelles, il suffit que l'on observe quelquefois le contraire, pour ne pas pouvoir affirmer qu'il doive en être ainsi; et nous savons que l'esprit de la législation qui nous régit est tel, qu'à moins qu'il ne soit prouvé qu'il y a eu suggestion et captation, ou que les vieillards sont tombés en démence, leurs actes sont valables.

Quant aux sourds et muets de naissance, le Code d'instruction criminelle les assimile aux autres hommes, tandis que le Code civil garde à leur égard le silence le plus parfait. M. Fodéré pense que ceux qui n'ont pas été éduqués devraient être traités comme les mineurs dans les affaires civiles, et que plusieurs d'entre eux-même devraient être considérés comme les impubères.

On lit dans le même auteur, que le *somnambulisme* qui tient à une maladie réelle, doit rendre le somnambule excusable, à moins qu'il ne soit constaté que celui-ci connaissait son infirmité, son caractère dangereux, et qu'il n'a pas pris les précautions indispensables pour en prévenir les effets; car alors l'excuse ne saurait être entièrement admise. Si le *somnambulisme* na-

turel reconnaît une autre cause, l'homme qui en est atteint et qui se livre à une mauvaise action n'est pas tout-à-fait excusable, continue M. Fodéré, puisque d'après le plus grand nombre des observations, il n'aurait fait qu'exécuter les projets dont il se serait occupé durant la veille (tom. Ier, page 259); nous ne saurions admettre un pareil raisonnement, car on a vu souvent des somnambules exécuter des actes désordonnés, relatifs à des événemens qu'ils avaient entendu raconter la veille, au lieu de ces projets sinistres que l'on suppose gratuitement qu'ils auraient médités.

Jusqu'ici nous ne connaissons aucun cas de ce genre où la justice ait dû avoir recours aux lumières des médecins; s'il s'en présentait, on devrait d'abord s'informer de la nature des rapports antérieurs de l'inculpé avec les personnes dont il aurait compromis ou détruit la fortune ou la vie. L'absence des sentimens de haine, de jalousie, de vengeance, etc.; l'existence de sentimens opposés, éloigneraient aussitôt toute idée de crime; l'action du somnambule devrait être considérée comme involontaire, et peut-être même comme tout-à-fait excusable. Dans le cas contraire, comme il serait à craindre que le prévenu n'eût profité de son accès de somnambulisme pour se livrer impunément au crime, l'intérêt de la société exigerait une punition plus ou moins sévère : ce serait au moins un être dangereux qu'on exclurait de son sein.

VINGT-HUITIÈME LEÇON.

De la Mort.

Nous ne nous occuperons dans ce chapitre, que des moyens de distinguer si la mort est réelle ou apparente; des altérations des tissus et des fluides qui sont le résultat de la mort et qui pourraient être attribuées à des violences exercées sur les individus vivans ou à des maladies antécédentes, enfin des précautions que l'on doit prendre avant, pendant et après l'ouverture des cadavres.

ARTICLE PREMIER.

Moyens propres à faire reconnaître si la mort est réelle ou apparente.

Des observations nombreuses rapportées par Lancisi, Zacchias, Philippe Peu, Misson, Guillaume Fabri, Pechlin, Falconnet, Rigaudeaux, etc.; l'histoire généralement connue de François de Civille, qui fut enterré trois fois et qui se qualifiait dans les actes de *trois fois mort*, *trois fois enterré*, *trois fois ressuscité par la grâce de Dieu;* celle du célèbre Winslow que l'on ensevelit deux fois, et les méprises qui peuvent se commettre journellement, nous autorisent a consacrer quelques pages à l'examen de cette question, d'autant plus que les dispositions législatives actuellement en vigueur, relatives aux inhumations, en supposant même qu'elles soient rigoureusement observées, peuvent ne pas empêcher dans certains cas que l'on n'en-

terre des individus vivans. Voici les articles de nos Codes concernant cet objet :

« Aucune inhumation ne sera faite sans une autorisation, sur papier libre et sans frais, de l'officier de l'état civil, qui ne pourra la délivrer qu'après s'être transporté auprès de la personne décédée, pour s'assurer du décès (ou sur le rapport d'un officier de santé commis par lui pour le constater), et que vingt-quatre heures après le décès, hors les cas prévus par les règlemens de police. (Code civil, art. 77.)

« Ceux qui, sans l'autorisation préalable de l'officier public, dans le cas où elle est prescrite, auront fait inhumer un individu décédé, seront punis de six jours à deux mois d'emprisonnement, et d'une amende de 16 francs à 50 francs, sans préjudice de la poursuite des crimes dont les auteurs de ce délit pourraient être prévenus dans cette circonstance. La même peine aura lieu contre ceux qui auront contrevenu, de quelque manière que ce soit, à la loi et aux règlemens relatifs aux inhumations précipitées. » (Code pénal, art. 356.)

« En cas de décès dans les hôpitaux militaires, civils, ou autres maisons publiques, les supérieurs, directeurs, administrateurs ou maîtres de ces maisons, seront tenus d'en donner avis dans les vingt-quatre heures à l'officier de l'état civil, qui s'y transportera pour s'assurer du décès, et en dressera l'acte sur les déclarations qui lui auront été faites, et sur les renseignemens qu'il aura pris. » (Code civil, art. 80.)

« En cas de décès dans les prisons ou maisons de réclusion et de détention, il en sera donné avis sur le champ, par le concierge ou gardien, à l'officier de l'état civil, qui s'y transportera, comme il est dit en l'article 80, et rédigera l'acte de décès. » (Code civil, art. 84.)

« Lorsqu'il y aura signes ou indices de mort violente, ou d'autres circonstances qui donnent lieu de la soupçonner, on ne pourra faire l'inhumation qu'après qu'un officier de police, assisté d'un docteur en médecine ou en chirurgie, aura dressé procès-verbal de l'état du cadavre et des circonstances y re-

latives, ainsi que des renseignemens qu'il aura pu recueillir sur les prénoms, nom, âge, profession, lieu de naissance et domicile de la personne décédée. » (Code pénal, art. 81.)

« Quiconque aura recélé ou caché le cadavre d'une personne homicidiée ou morte des suites de coups ou blessures, sera puni d'un emprisonnement de six mois à deux ans, et d'une amende de 50 francs à 400 francs, sans préjudice de peines plus graves, s'il a participé au crime. » (Code pénal, art. 359.)

Nous croyons devoir considérer dans cet article : 1° les signes de la mort réelle; 2° les maladies qui peuvent produire la mort apparente et exposer aux inhumations précipitées; 3° les épreuves que l'on a proposées pour constater si la mort est réelle.

§ Ier

Des signes de la mort réelle.

Les signes indiqués par les auteurs comme propres à distinguer la mort réelle de la mort apparente, sont assez nombreux. Ils n'offrent pas tous la même valeur et doivent par conséquent être examinés séparément.

1° *La face est cadavéreuse.* Voici comment Hippocrate a décrit cet état de la face, désigné par quelques auteurs sous le nom d'*hippocratique* (De morbis, liv. 2, sect. 5.) « front ridé et aride; yeux caves; nez pointu, bordé d'une couleur noirâtre; tempes affaissées, creuses et ridées; oreilles retirées en haut, lèvres pendantes; pommettes enfoncées; menton ridé et raccorni; peau sèche et livide ou plombée; poils des narines ou des cils parsemés d'une sorte de poussière d'un blanc terne; visage d'ailleurs quelquefois forte-

ment contourné et méconnaissable. » S'il est vrai que la face de la plupart des cadavres présente plusieurs de ces caractères, il est également certain qu'ils manquent souvent chez les personnes mortes subitement, où à la suite d'une maladie de courte durée; d'ailleurs les malades âgés qui succombent à une affection chronique, ceux qui s'effraient facilement et qui redoutent la mort, ceux qui sont en proie à des névroses ou à des affections carotiques, la plupart des criminels que l'on conduit au supplice, etc., offrent quelque temps avant la mort, une altération semblable dans quelques-uns des traits de la face : ce serait donc à tort que l'on regarderait ce signe comme caractéristique.

2° *Le refroidissement du corps*, est un phénomène cadavérique qui ne manque jamais; mais il n'a lieu que graduellement, et il n'est ordinairement complet qu'au bout de quinze à vingt heures; on observe même que chez la plupart des malades les extrémités et la surface du corps commencent à se refroidir avant la mort. Plusieurs circonstances concourent à accélérer ou à retarder le refroidissement, et il importe de les connaître. *a*, *Le genre de maladie* : il est beaucoup plus lent lorsque la mort est produite par l'apoplexie et par les maladies aiguës, que lorsqu'elle est le résultat d'une maladie chronique, d'une hémorragie; les cadavres des asphyxiés par la vapeur du charbon, par suite de la strangulation, conservent la chaleur pendant long-temps, tandis que dans l'asphyxie par submersion, le refroidissement ne tarde pas à avoir lieu. *b*, *L'état d'obésité ou d'amaigrissement* : plus le corps est gras, plus il met de temps à se refroidir, tout étant

égal d'ailleurs. *c, L'âge :* la chaleur se dissipe plus lentement chez les adultes que chez les vieillards. *d, La saison* et *le climat :* plus la température du milieu qui environne le corps est élevée, moins le refroidissement est rapide; aussi la chaleur se conserve-t-elle plus long-temps lorsqu'on plonge les cadavres dans un bain chaud. Si l'on ajoute à ces considérations, que dans la première période de certaines maladies, comme l'hystérie, la fièvre intermittente pernicieuse algide, etc., le corps est très-froid, on sera forcé de conclure que si le refroidissement est un phénomène cadavérique constant, il est loin, lorsqu'il n'est pas réuni à d'autres signes, de pouvoir servir à distinguer la mort réelle de la mort apparente.

3° *La couleur de la peau et des autres organes.* On sait qu'après la mort le sang s'accumule dans les veines caves, dans les cavités droites du cœur, dans les vaisseaux du poumon, et dans le système capillaire de cet organe; aussi en trouve-t-on à peine dans les cavités gauches du cœur, dans les artères et dans le système capillaire général; le défaut de sang dans ce dernier système produit le plus ordinairement la décoloration de la peau, des tissus qui doivent leur couleur au sang, et des membranes muqueuses, comme on le voit surtout aux paupières, aux lèvres, dans la bouche et dans les fosses nasales; les surfaces suppurantes deviennent blanches et blafardes, etc.; les congestions sanguines, particulièrement celles qui affectent les organes membraneux, sont en partie effacées après la mort. Toutefois on aurait tort d'attacher à ce caractère plus d'importance qu'il n'en mérite; ne voit-

on pas la pâleur de la mort chez des individus vivans qui ont été soumis à l'action d'un froid intense et qui sont sous l'influence d'une vive affection de l'âme ou de quelque maladie nerveuse, tandis qu'on observe que certains cadavres, au lieu d'être pâles, présentent une couleur rougeâtre ou livide très-marquée, et que plusieurs organes retiennent une assez grande quantité de sang pour en paraître gorgés, comme nous le dirons particulièrement à la page 515 ? La couleur de la peau des cadavres n'offre-t-elle pas d'ailleurs des nuances différentes, suivant le temps qui s'est écoulé depuis la mort ?

4° *La perte de la transparence de la main ou des doigts* : ce signe ne peut-être d'aucune utilité.

5° *L'obscurcissement et l'affaissement des yeux*. On remarque sur la plupart des cadavres que la cornée transparente est obscurcie par un enduit glaireux et comme membraneux, facile à détacher et à fendre. Quelques heures suffisent pour que les yeux deviennent flasques et mous, après la formation de cette toile. Le célèbre Louis s'exprime ainsi à l'occasion de ces altérations : « La perte du brillant des yeux et de la toile glaireuse ne sont point des signes certains de la mort, car on remarque que les yeux se ternissent dans plusieurs occasions, et j'ai souvent vu un enduit de matière glaireuse sur la cornée dans certaines maladies des paupières. Mais les yeux des morts deviennent flasques et mous en fort peu d'heures ; il n'y a aucune révolution dans le corps humain vivant qui soit capable d'opérer un pareil changement. Ce signe est vraiment caractéristique, et j'ose le donner pour indubitable. L'affaissement et

la mollesse des yeux dispensera d'attendre la putréfaction. » (Œuvres diverses de chirurgie, *quatrième lettre*, de la Certitude des signes de la mort, page 139.)

Nous admettrons avec cet auteur que dans beaucoup de circonstances la flaccidité des yeux est un phénomène cadavérique; mais nous ne partagerons pas son opinion lorsqu'il veut faire regarder ce signe comme caractéristique de la mort : en effet, on sait que des personnes asphyxiées dont les yeux étaient flasques, enfoncés et recouverts d'une toile glaireuse, ont été rappelées à la vie; que chez d'autres qui avaient succombé à une apoplexie, à l'asphyxie par la vapeur du charbon, ces organes conservaient leur brillant et leur intégrité long-temps après la mort. Il pourrait même arriver que les yeux des cadavres qui d'abord auraient été affaissés et ternis, devinssent éclatants et plus volumineux au bout de quelques heures ou de quelques jours; ce phénomène, dont Louis n'a pas fait mention, tient à l'accumulation du sang après la mort dans les cavités droites du cœur, et à son refoulement vers les veines de la tête, de la face et de l'*œil*, parce que l'estomac a été distendu par des gaz et a poussé le diaphragme de bas en haut.

6° *L'immobilité du corps.* On sait que les diverses parties d'un cadavre abandonnées à elles-mêmes cèdent à leur propre poids et retombent lorsqu'on les soulève; aussi la pointe du pied est-elle tournée en dehors, la mâchoire inférieure est pendante, etc. Le transport des matières alimentaires et même des vers qui étaient contenus dans l'estomac jusque dans la bouche, dans la trachée-artère et dans les bronches; l'expulsion des

matières fécales par l'anus, loin de prouver la contraction de l'estomac, de l'œsophage et des intestins, annoncent le relâchement et l'immobilité de ces parties, puisqu'ils dépendent d'un effet mécanique, savoir de la pression exercée par les gaz qui distendent l'abdomen sur ces organes. Toutefois, il ne serait pas exact de dire que les cadavres ne présentent aucun indice de contraction; la contractilité musculaire ne cesse en effet que quelques temps après la mort; elle s'éteint d'abord dans le ventricule gauche du cœur, puis dans les organes musculeux, puis dans les muscles proprement dits et enfin dans l'oreillette droite du cœur : l'utérus dans certaines circonstances n'a-t-il pas conservé cette propriété à un assez haut degré pour expulser le produit de la conception, s'il faut en croire la plupart des auteurs? N'a-t-on pas vu les muscles qui meuvent les os, contractés sur le cadavre comme ils l'étaient chez l'individu vivant? et la mâchoire inférieure n'est-elle pas quelquefois tellement rapprochée de la supérieure après la mort, que l'on a beaucoup de peine à la séparer? De Haen a vu dans un cas de tétanos, la rigidité de l'os maxillaire inférieur durer au moins pendant quarante-huit heures, puisqu'à cette époque il lui fut impossible d'en déterminer l'abaissement. Nous pourrions encore ajouter que les muscles extérieurs sont susceptibles de se contracter et de mouvoir les os, lorsqu'on les irrite peu de temps après la mort, avec un instrument piquant, ou lorsqu'on les soumet à l'action de la pile électrique : on observe le même phénomène, quand au lieu d'exciter directement un muscle, on irrite le nerf qui s'y distribue.

Mais si d'une part l'immobilité du cadavre est soumise à un certain nombre de restrictions, d'un autre côté on sait que dans la syncope et dans une foule de maladies, il peut y avoir abolition de tout mouvement musculaire; il ne serait donc pas exact de vouloir distinguer la mort réelle de celle qui n'est qu'apparente, à l'aide de ce seul caractère.

7° *Défaut de mouvement de la mâchoire inférieure que l'on a abaissée.* Si la mort n'est qu'apparente, dit Bruhier, et que l'on abaisse la mâchoire inférieure, elle ne reste point dans la situation qu'on lui a fait prendre, et se rapproche spontanément de la supérieure. (De l'incertitude des signes de la mort.) Ce caractère, regardé par des savans recommandables, comme ayant beaucoup de valeur, est loin de pouvoir être considéré comme tel : non-seulement il est impossible de le constater dans certains cas, parce qu'on ne peut pas abaisser l'os maxillaire inférieur qui a été luxé, ou parce que la bouche est restée béante par suite de la paralysie des adducteurs ou du spasme des abducteurs, mais encore en supposant que l'on parvînt à déterminer l'abaissement, ne pourrait-il pas se faire que le rapprochement des deux os eût lieu en vertu d'un reste de contractilité dont seraient doués les muscles crotaphyte et masseter, comme nous l'avons dit en parlant de l'immobilité du cadavre.

8° *Défaut d'action des organes des sens et des facultés intellectuelles.* Il suffira de dire que dans les affections comateuses et dans un très-grand nombre de névroses, il y a abolition de l'exercice des sens et de ces facultés, pour que l'on n'attache aucune importance à ce signe.

9° *Absence de la circulation et de la respiration.* S'il était toujours facile de reconnaître que ces deux fonctions ne s'exécutent plus, et si leur exercice ne pouvait être suspendu dans certaines maladies, telles que la syncope et l'asphyxie, on aurait raison de regarder ce caractère comme un des plus propres à résoudre le problème qui nous occupe; mais il n'en est pas ainsi; nous verrons bientôt combien les épreuves proposées pour juger s'il y a absence de circulation et de respiration sont insuffisantes dans certains cas, et l'on sait, d'une manière péremptoire, que plusieurs personnes chez lesquelles il y avait suspension de ces deux fonctions, ont été rappelées à la vie. Haller et plusieurs autres auteurs ont cité même des exemples d'individus qui pouvaient suspendre à volonté les mouvemens circulatoires et respiratoires.

10° *La rigidité des membres.* La raideur des membres a été regardée par le célèbre Louis comme un signe de l'anéantissement de l'action vitale. Voici comment il s'exprime dans sa quatrième lettre, page 119, (ouvrage cité): « Des recherches faites avec toute l'exactitude dont j'ai été capable, et que j'ai suivies pendant plusieurs années sans interruption, m'ont fait voir sur plus de cinq cents sujets, qu'à l'instant de la mort, c'est-à-dire au moment de la cessation absolue des mouvemens qui animent la machine du corps humain, les articulations commencent à devenir raides, même avant la diminution de la chaleur naturelle : il résulte de cette remarque, que la flexibilité des membres est un des principaux signes par lesquels on peut juger qu'une personne n'est pas morte, quoiqu'elle ne donne

d'ailleurs aucun signe de vie.» Cette assertion, appuyée d'un assez grand nombre de faits, n'a pas empêché Mahon et quelques autres médecins de déclarer depuis, que la raideur des membres était un signe incertain de la mort. Nous devons à Nysten une suite d'observations sur la rigidité, d'autant plus intéressantes qu'elles nous paraissent avoir décidé la question. (*V.* Recherches de physiologie et de chimie pathologique, page 384. Paris 1811.) Ces observations ont pour objet, 1° la raideur considérée sous le rapport du phénomène lui-même, et des circonstances qui en font varier la force et la durée; 2° le siége et la cause de cette raideur; 3° enfin les caractères qui la distinguent de celle que l'on remarque quelquefois chez le vivant.

Rigidité considérée sous le rapport du phénomène lui-même; circonstances qui en font varier la force et la durée. Si l'on en excepte les os, tous les tissus du corps humain éprouvent un relâchement marqué après la mort : ainsi la peau est flasque et paraît amincie; le tissu cellulaire sous-cutané est moins consistant; les muscles ont moins de fermeté que pendant leur inaction chez le vivant; leurs fibres se déchirent sans peine, le cœur, le cerveau, la rate et la plupart des viscères sont mous et affaissés. A ce relâchement succède la *rigidité* désignée sous le nom de cadavérique, *phénomène constant de la mort*, qui n'a été nié que parce qu'on avait observé les cadavres à une époque trop rapprochée ou trop éloignée de celle où la mort avait eu lieu; c'est à cette rigidité qu'il faut attribuer l'inflexibilité des membres, la résistance que l'on éprouve lorsqu'on veut leur donner une autre direction, résis-

tance assez marquée dans certains cas pour qu'on puisse soulever le cadavre tout d'une pièce en saisissant une de ses extrémités.

La rigidité cadavérique commence toujours par le tronc et le cou, d'où elle s'étend aux membres thoraciques, puis aux membres abdominaux. Elle suit la même marche en se dissipant, en sorte que les extrémités inférieures peuvent être raides plusieurs heures après que les autres parties ont repris leur souplesse.

Plus la rigidité tarde à se manifester après la mort, plus sa durée est considérable, et *vice versâ*. Nysten ne l'a vue cesser complétement qu'au bout de six à sept jours chez des individus d'une constitution athlétique, où elle n'avait commencé que seize ou dix-huit heures après la mort.

Le genre de mort étant le même, la rigidité est plus forte et dure d'autant plus que le système musculaire est plus développé et a éprouvé moins d'altération.

Elle est très-forte après la mort produite par les gastro-entérites aiguës, les poisons narcotiques et corrosifs, et par l'inspiration des gaz délétères qui ne portent aucune atteinte à la contractilité, comme le chlore, l'ammoniaque, le deutoxyde d'azote. Sa durée est moindre et elle est moins forte à la suite des maladies longues, comme le scorbut, le cancer de l'estomac, la cachexie, l'inspiration du gaz acide hydrosulfurique, et dans tous les cas où l'épuisement est considérable et le système musculaire affaibli; il n'est pas rare alors de la voir se manifester peu de temps après la mort, pour se dissiper au bout de deux ou trois heures. Dans les cadavres des individus qui ont

succombé à l'apoplexie, elle est aussi forte du côté qui a été hémiplégié, que de l'autre.

Elle commence au moment où la *chaleur vitale paraît s'éteindre;* d'où il résulte, 1° que le moment de son apparition peut être retardé en plongeant le cadavre dans un bain tiède ou en l'enveloppant de couvertures; 2° que dans les cas d'asphyxie par la vapeur du charbon, par strangulation, etc., où la chaleur se conserve pendant plusieurs heures, elle doit tarder beaucoup à se manifester.

On cite toutefois des exemples de morts subites où la rigidité arrive en quelque sorte immédiatement après la mort, et lorsque le corps est encore chaud. (*Morgagni*, De causis et sedibus morborum.)

Dès que la raideur a commencé, les muscles cessent de pouvoir être stimulés par les agens extérieurs.

La putréfaction ne se développe dans les parties raides que lorsqu'elles ont repris leur souplesse; la durée de la rigidité sera donc moindre dans un air humide à 18° ou 20°, th. R., que dans un air sec et froid, parce que le premier hâte la putréfaction, tandis qu'elle n'a pas lieu sous l'influence de l'autre; toutefois si la température était assez basse pour congeler les liquides, la raideur cesserait au moment où les glaçons se liquéfieraient, tandis que les mêmes cadavres auraient conservé la rigidité pendant plus long-temps dans un air plus chaud.

Rigidité considérée sous le rapport de son siége et de la cause. Le *siége* de la rigidité est exclusivement dans les muscles, suivant Nysten : en effet, elle cesse dès qu'on les coupe, tandis qu'on ne la fait pas disparaître

en coupant la peau, les ligamens latéraux des articulations ou les capsules synoviales. Quant à la *cause*, elle est rapportée par le même auteur à la contractilité musculaire, qui, à la vérité, est très-affaiblie; il ne pense pas qu'on puisse faire dépendre ce phénomène d'une propriété physique. — « On ne peut donc pas prononcer, dit Nysten, que la vie organique n'existe plus dans les muscles, lorsqu'elle cesse de se manifester à nos yeux par des mouvemens sensibles; et il me semble qu'on doit à cet égard distinguer deux temps dans les phénomènes vitaux qui persistent après la mort : 1° celui où la *chaleur vitale existe* encore sensiblement, et où les organes musculaires conservent la faculté d'exercer des contractions très-marquées sous l'influence des stimulans : ce temps est celui de la *souplesse qui précède la roideur* : 2° celui où la *chaleur vitale paraît anéantie*, où les mouvemens cessent d'être apparens, où la vie, sur le point de s'éteindre, semble se réfugier dans les muscles, et y détermine le spasme *qui constitue la roideur*. (Ouvr. cité, p. 402.)

Caractères qui distinguent la rigidité cadavérique, de celle que l'on remarque quelquefois chez le vivant. L'inflammation du cerveau et de ses membranes, l'apoplexie, le tétanos, et d'autres maladies convulsives, l'asphyxie, la congélation, etc., donnent quelquefois lieu pendant la vie à une roideur que l'on serait tenté de confondre, au premier abord, avec la rigidité cadavérique. Voici les caractères propres à faire éviter toute méprise.

Lorsque la roideur est un symptôme d'une *affection nerveuse*, de l'*inflammation* du cerveau ou de ses mem-

branes, elle précède toujours la mort apparente, et le corps conserve une chaleur sensible au thermomètre; reconnaissant pour cause un état convulsif des muscles où elle réside, elle est très-forte; et si l'on parvient à imprimer au membre un mouvement quelconque, il retourne promptement, et souvent avec violence, à la direction qu'il affectait avant d'avoir été forcé. Si l'individu succombe, la roideur *convulsive* peut persister encore pendant une heure ou deux : la chaleur se dissipe par degrés, et la rigidité cadavérique commence dès que le cadavre est refroidi. Ces considérations doivent suffire pour distinguer la roideur convulsive, de celle qui est le résultat de la mort; en effet, cette dernière a dû être précédée des signes de la mort; elle n'a dû se montrer qu'après l'extinction de la chaleur vitale; et si on a employé une force suffisante pour la faire cesser, elle ne reparaît plus quand on abandonne le membre à lui-même. Avouons toutefois qu'il est des circonstances où l'on pourrait être induit en erreur, si on se bornait à un examen superficiel : que l'on suppose, par exemple, un cas de syncope produite par une affection morale vive, par une saignée, etc.; les fonctions intellectuelles, la respiration et la circulation commenceront par être suspendues, le corps paraîtra d'abord plus chaud et ne tardera pas à se refoidir; peu de temps après les membres deviendront roides; la mort apparente ne semble-t-elle pas précéder ici le refroidissement et la rigidité? Il faut alors examiner attentivement la manière dont les phénomènes se succèdent; en effet, la suppression des fonctions dont nous avons parlé est

presque immédiatement suivie de la roideur qui est portée de suite au plus haut degré, et le tronc conserve une chaleur sensible pendant que les membres sont rigides; telle n'est pas la marche de la roideur cadavérique : non-seulement les fonctions du cerveau, du cœur et des poumons n'ont pas cessé subitement et en même temps, mais encore l'intervalle qui sépare la suspension de ces fonctions et l'apparition de la roideur a une durée assez considérable, pendant laquelle le corps se *refroidit*; d'ailleurs, la rigidité cadavérique ne se développe que par degrés, et ne parvient au plus haut degré d'intensité qu'au bout d'un certain temps.

La roideur qui accompagne quelquefois l'*asphyxie* pourrait également en imposer. Si l'asphyxie a eu lieu depuis quelques minutes seulement, on peut hardiment conclure que la rigidité n'est point cadavérique; en effet, l'asphyxie fait périr en très-peu de temps; or, il est à peu près constant que la roideur cadavérique tarde beaucoup à se manifester quand la mort est prompte; il est donc évident que la rigidité dans ce cas est un symptôme de l'asphyxie, et que la personne n'est probablement pas morte : en d'autres termes, il est difficile d'admettre que dans douze à quinze minutes il y ait à la fois asphyxie, mort et rigidité cadavérique. Si l'homme de l'art n'est appelé pour apprécier la nature de la roideur que long-temps après l'accident, ou s'il manque de renseignemens sur l'heure à laquelle la maladie s'est manifestée, il tâchera de découvrir quelle a été la cause de cette affection : s'il apprend qu'elle a été produite par des gaz non respirables, ou par la strangulation, et que le corps soit froid, il pourra conclure

que la rigidité est cadavérique, parce qu'on sait que dans ces sortes d'asphyxie la chaleur du corps est encore très-marquée au bout de douze heures, et qu'il est impossible d'admettre qu'une personne puisse être rappelée à la vie après douze heures d'asphyxie. On aurait tort de négliger dans ce cas l'expérience dont nous avons fait mention en parlant de la roideur convulsive, et qui consiste à changer brusquement la position du membre rigide (*voyez* page 474); ce moyen devrait encore être mis en usage dans le cas d'asphyxie par submersion.

La roideur qui est le résultat de la congélation pendant la vie, sera facilement distinguée de la rigidité cadavérique, parce qu'on saura que l'individu a été soumis à l'action d'un froid intense; parce que la peau, les glandes, les mamelles et l'abdomen seront rigides, tandis qu'ils présentent un certain degré de souplesse dans la rigidité cadavérique; parce qu'enfin en déplaçant les membres congelés on entendra un bruit semblable au *cri* de l'*étain*, produit par la fracture des petits glaçons.

Les détails dans lesquels nous venons d'entrer prouvent, dès qu'il n'est point permis de confondre la roideur, qui est le résultat de la mort, avec celle qui survient quelquefois chez le vivant, qu'elle doit être regardée comme un des signes les plus certains pour distinguer la mort réelle de la mort apparente, surtout si les muscles affectés de cette rigidité, soumis à l'influence de la pile électrique, ne donnent aucune marque de sensibilité.

VINGT-NEUVIÈME LEÇON.

Putréfaction. Si la putréfaction est assez avancée pour qu'il ne reste aucun doute sur son existence, la *mort est certaine;* il y a plus, l'étude approfondie des changemens qu'éprouvent les cadavres qui se pourissent, permet d'établir à peu près l'époque à laquelle la mort à eu lieu, problême qu'il importe souvent de résoudre en médecine légale. Ce sujet, pour être traité d'une manière convenable, exige que l'on s'occupe: 1° des changemens qu'éprouvent les cadavres *dans des milieux de différente nature*, depuis qu'ils commencent à s'altérer, jusqu'à leur décomposition totale; 2° des divers états d'un individu vivant que l'on serait tenté de confondre avec la putréfaction.

A. *Changemens qu'éprouvent les cadavres dans des milieux de différente nature, depuis qu'ils commencent à s'altérer jusqu'à leur décomposition totale.* Pour bien apprécier ces changemens, nous avons cru devoir faire pourir en même temps des parties des membres d'un même cadavre placées dans l'air atmosphérique et dans d'autres gaz, dans l'eau stagnante, dans l'eau renouvelée, dans l'eau de fosses d'aisance, dans du fumier, et dans de la terre.

Remarquons toutefois, avant de faire connaître les résultats de ce travail, combien on serait induit en erreur si l'on croyait que les changemens qui vont être signalés doivent se manifester *précisément aux jours* indiqués dans les expériences dont nous allons rendre compte; car la putréfaction peut être accélérée, retar-

dée ou suspendue, suivant plusieurs circonstances dont il est souvent impossible de calculer l'influence, et qui sont indépendantes du milieu dans lequel la matière animale est placée; on sait en effet que la décomposition putride est d'autant plus rapide, quel que soit le milieu environnant, que le cadavre appartient à un individu plus *jeune* et plus *gras;* que la *maladie* qui a déterminé la mort a duré plus ou moins long-temps; on n'ignore pas que le *genre* de maladie aiguë ou chronique auquel on a succombé, influe également sur la marche de la putréfaction, sans qu'il soit possible, dans l'état actuel de nos connaissances, de préciser cette influence; il est également avéré que les matières animales se décomposent beaucoup plus promptement à la *température* de 15° à 25° que lors que le thermomètre est à zéro et au dessous de zéro, et que la putréfaction est complétement arrêtée à 50° + 0°; d'ailleurs le *tempérament* du sujet n'occupe-t-il pas un rang important parmi les causes qui accélèrent ou retardent la destruction des substances animales? Pour ce qui concerne les différentes parties du corps, on sait qu'elles ne sont pas toutes également putrescibles; ainsi la décomposition putride marche plus rapidement, tout étant égal d'ailleurs, dans les organes mous abreuvés d'une grande quantité de sang ou de sucs, dans ceux qui étaient ecchymosés, contus ou engorgés, que dans ceux qui sont dans des conditions opposées. Peut-on ne pas admettre aussi, que les progrès de la putréfaction seront plus marqués lorsque les *insectes* auront déposé leurs *œufs* à la surface du cadavre, ou que celui-ci se trouvera en contact avec des *vers?*

Les résultats que nous allons indiquer ne doivent être considérés que comme propres à faire connaître : 1° les phénomènes que présentent les matières qui se pourrissent dans différens milieux ; 2° l'ordre suivant lequel ces phénomènes se manifestent ; 3° l'influence des milieux sur la marche plus ou moins rapide de la putréfaction ; en effet, comme nous avons agi sur des parties d'un même fœtus, et que toutes les expériences ont été faites en même temps, il est aisé de sentir que nous avons annullé l'influence des autres conditions. Voici les détails de ces expériences (1).

Dans l'air atmosphérique. L'avant-bras et la main d'un fœtus mort la veille ont été mis en contact avec l'air atmosphérique le 6 *mai*, à 10 heures du matin : la température a varié dans la journée de 14° à 17° thermomètre centigrade (2). Le 7 *mai*, les ongles et le pouce sont livides ; point d'odeur. 8 *mai*, teinte violacée générale ;

(1) Nous saisissons cette occasion pour adresser tous nos remercîmens à M. le docteur Gerdy et à M. Hennelle, du zèle avec lequel ils ont bien voulu nous aider dans ce travail pénible.

(2) Température depuis le 7 mai jusqu'au 13 juin inclusivement : 7 mai, de 16° à 21° ; le 8, de 14° à 15° ; le 9, de 12° à 13° ; le 10, de 13° à 14° ; le 11, de 11° à 15° ; le 12, de 13° à 14° ; le 13, de 14° à 15° ; le 14, de 11° à 12° ; le 15, de 11° à 12° ; le 16, 15° ; le 17, de 15° à 16° ; le 18, de 14° à 15° ; le 19, de 12° à 13° ; le 20, 17° ; le 21, de 14° à 15° ; le 22, de 13° à 15° ; le 23, de 12° à 13° ; le 24, 14° ; le 25, 14° ; le 28, 10° à 12° ; le 29, 14° à 16° ; le 31, de 15° à 18° ; le 1er juin, 20° ; 2, *idem* ; 3, 15° à 18° ; 5, 15° ; 6, 14° ; 7, 13° ; 9, 15° ; 11, de 13 à 14° ; 13, 12° à 14°.

odeur à peine sensible. 9 *mai*, couleur verte livide, notamment aux articulations; l'épiderme commence à se détacher et à être soulevé par une petite quantité de sérosité; l'odeur n'est bien manifeste que dans la plaie faite à la partie supérieure de l'avant-bras pour détacher celui-ci du bras. 10 *mai*, la teinte verte est plus prononcée; l'épiderme s'enlève en totalité; le membre exhale une odeur fétide; la plaie est sèche. 11 *mai*, les ongles sont presque noirs; la peau est tachetée de plaques brunes, violettes, vertes, roses; on remarque déjà des larves assez grosses: odeur toujours forte. 12 *mai*, le ramollissement est tellement sensible, que la surface palmaire contiguë à la table est aplatie; elle est assez humide; sa couleur est verte jaunâtre; la surface dorsale qui est en contact avec l'air est sèche, d'un rouge foncé: odeur fétide, surtout dans les parties ramollies; larves plus grosses. 13 *mai*, les teintes verte et rouge sont plus prononcées; cette dernière annonce que la dessiccation de la portion dorsale ne tardera pas à être complète. 14 *mai*, la teinte verte domine. 15 *mai*, la portion palmaire commence à se dessécher; les muscles conservent leur couleur rouge; l'odeur est forte et différente de celle qui s'était manifestée dans les premiers jours. 16 *mai*, rien de remarquable. Deux ou trois jours après, la dessiccation a fait de tels progrès, que l'on n'observe plus aucun phénomène de putréfaction.

Si, au lieu d'agir ainsi, on place la même partie du fœtus au-dessus d'un baquet contenant de l'eau, à quelques pouces de ce liquide, la décomposition putride marche avec beaucoup plus de rapidité, parce

que la matière animale est plongée dans une atmosphère plus humide. (*Voyez* page 485.)

L'avant-bras et la main de l'autre côté du même fœtus ont été exposés à l'air, *après avoir été profondément incisés*, dans trois endroits : la putréfaction a marché beaucoup plus rapidement, comme le prouvent les détails suivans. Le 7 *mai*, odeur légère. 8 *mai*, plaies de la face dorsale, légèrement desséchées, répandant une odeur déjà fétide; leurs bords sont d'un rouge violacé; plaie de la face palmaire contiguë à la table, humide, beaucoup plus fétide; ses bords sont verdâtres. 9 *mai*, l'odeur de cette dernière plaie est très-désagréable; bords livides; les plaies de la face dorsale commencent à se dessécher et ne répandent presque plus d'odeur. 10 *mai*, l'épiderme qui avoisine la plaie de la face palmaire se détache en totalité; on voit des larves nombreuses et déjà très-grosses; les autres plaies sont desséchées. 11 *mai*, le fond de la plaie de la face palmaire est brun; l'odeur très-fétide. 12 *mai*, la plaie de la face palmaire est d'un gris verdâtre; les muscles sont en partie rongés, les os sont dénudés, les larves très-volumineuses; la peau rouge et sèche; l'odeur très-fétide. 13 *mai*, les larves sont arrivées jusqu'aux plaies de la face dorsale. 14 *mai*, les muscles sont détruits; la peau enveloppe le radius et le cubitus à la manière d'une écorce sèche. 16 *mai*, on ne voit plus qu'un étui de peau desséchée rempli de larves.

Le 6 *mai*, on a exposé à l'air deux fœtus à terme morts la veille; l'un d'eux avait le thorax et l'abdomen ouverts; mais les viscères de ces cavités étaient couverts en grande partie par la peau. *Fœtus ouvert.*

7 *mai*, depuis l'ombilic jusqu'au pubis, le lambeau de peau est tacheté de vert; les viscères offrent l'odeur qui leur est propre. 8 *mai*, le lambeau est uniformément vert; cette couleur s'étend jusqu'aux clavicules; la portion de viscères non recouverte se dessèche; les portions couvertes sont humides et commencent à exhaler une odeur putride. 9 *mai*, le lambeau est d'un vert plus foncé; son épiderme se détache; dessication complète de la portion des viscères qui est en contact avec l'air; odeur plus forte de ceux qui sont recouverts; on voit un nombre prodigieux de larves. 10 *mai*, le lambeau se dessèche; les larves sont encore plus nombreuses; l'odeur est très-prononcée. 11 *mai*, lambeau rongé jusqu'à la peau : celle-ci est sèche et raccornie; les poumons, le cœur et le canal digestif sont presque entièrement dévorés par les larves, odeur ammoniacale très-pénétrante; toutes les parties exposées à l'air sont noires. 12 *mai*, la peau du ventre était détachée, les muscles abdominaux détruits et les viscères réduits à quelques lambeaux noirâtres d'une odeur excessivement fétide.

Fœtus non-ouvert. 7 *mai*, à partir de l'ombilic jusqu'au pubis, la couleur de la peau est verte; l'abdomen est ballonné; le thorax paraît dans l'état naturel. 8 *mai*, abdomen plus ballonné et vert dans une plus grande étendue; on voit sur chaque côté du thorax une plaque verte; la région du sternum est incolore; odeur cadavéreuse légèrement fétide. 9 *mai*, la teinte verte est plus foncée et s'étend *un peu* sur le sternum et sur les mammelons; l'abdomen est plus ballonné; l'épiderme ne se détache pas encore. 10 *mai*, odeur un peu plus

fétide ; couleur d'un vert brunâtre ; la région du sternum n'est guère plus colorée ; l'épiderme ne se détache que difficilement et par petits lambeaux. 11 *mai*, on fait l'ouverture du cadavre ; les intestins, l'estomac et tous les autres viscères offrent la couleur et l'odeur qu'ils auraient présentées si l'ouverture eût été faite le 5 *mai*.

Voici comment Fourcroy décrit les phénomènes de la putréfaction à l'air libre : « La substance animale se ramollit, dit-il, si elle était solide ; devient plus ténue, si c'est un liquide ; sa couleur change et tire plus ou moins vers le rouge-brun ou le vert foncé ; son odeur s'altère, et, après avoir été d'abord fade et désagréable, elle devient fétide et insupportable. Une odeur ammoniacale se mêle bientôt à la première, et lui ôte une partie de sa fétidité : celle-ci n'est que temporaire tandis que l'odeur putride existant avant elle, reste encore après et subsiste pendant toutes les phases de la putréfaction. Les liquides se troublent et se remplissent de flocons ; les parties molles se fondent en une espèce de gelée ou de putrilage ; on observe un mouvement lent, un boursoufflement léger qui soulève la masse, et qui est dû à des bulles de fluides élastiques, dégagées lentement et en petite quantité à la fois. Outre le ramollissement général de la partie animale solide, il s'en écoule une sérosité de diverse couleur qui va en augmentant. Peu à peu toute la matière fond ; ce léger boursoufflement cesse ; la matière s'affaisse ; la couleur se fonce ; à la fin l'odeur devient souvent comme aromatique, et se rapproche même de celle que l'on nomme *ambrosiaque ;* enfin la substance animale diminue de

masse, ses élémens s'évaporent et se dissolvent, et il ne reste qu'une sorte de terre grasse, visqueuse, encore fétide. » (Système des connaissances chimiques, tome 9, page 101.)

Toutefois si la matière animale est parfaitement sèche, elle ne se pourrit pas; sa décomposition est au contraire accélérée, si elle est humide. L'air sec, abstraction faite de toute autre influence, retarde la putréfaction parce qu'il s'empare de l'eau de la matière animale; cette action est encore plus manifeste de la part de l'air sec qui se renouvelle souvent; les momies égyptiennes ne sont autre chose que des cadavres durs, inflexibles, imputrescibles, cassans, de couleur jaunâtre ou brunâtre, ayant perdu une grande partie de leur poids, pour avoir été exposés à des courans d'air sec et chaud dans les désérts de l'Afrique. L'air humide et stagnant favorise la putréfaction.

Il résulte de ce qui précède que, lorsqu'on voudra juger, d'après l'état plus ou moins avancé de la putréfaction, l'époque de la mort de l'individu dont on examine le cadavre, il faudra pour apprécier à sa juste valeur, l'influence que l'air a dû exercer, avoir égard à l'état thermométrique et hygrométrique de ce fluide pendant les jours qui ont précédé celui où l'on examine le corps.

Dans les gaz oxygène, hydrogène, acide carbonique, etc. Suivant Hildebrant de la viande mise en contact avec du gaz oxygène dans un appareil pneumato-chimique, était entièrement pourie au onzième jour, tandis qu'elle ne donnait aucun signe d'altération, lorsqu'au lieu de gaz oxygène on employait du

gaz hydrogène, du gaz acide carbonique ou du gaz nitreux. En répétant cette expérience sur le mercure, on vit que la viande qui était plongée dans le gaz oxygène ou dans l'air atmosphérique, était encore fraîche le dix-neuvième jour, et qu'elle n'était entièrement pourie qu'au cinquante et unième jour, tandis que dans le gaz hydrogène ou dans le gaz acide carbonique, elle n'était pas pourie le cinquante et unième jour, et que, dans le gaz nitreux, elle était encore intacte le soixante-septième jour. (Annales de Chimie, année 1810.) Ces expériences portent naturellement à conclure que la putréfaction marche plus lentement dans les gaz qui ne contiennent point d'oxygène, ou qui ne le cèdent point facilement, que dans l'air atmosphérique et dans le gaz oxygène, parce que celui-ci se combine avec l'hydrogène et le carbone de la matière animale, dont il favorise nécessairement la décomposition.

Le gaz des fosses d'aisance. Désirant comparer la marche que suit la putréfaction dans l'*air* atmosphérique et dans le gaz des fosses d'aisance, nous avons fait plonger, dans le gaz d'une fosse, le membre inférieur d'un enfant à terme, mort la veille; ce membre était attaché à un cordon, à l'aide duquel on pouvait le retirer facilement pour l'examiner; la cuisse et la jambe du côté opposé ont été laissées à l'air atmosphérique et placées deux pouces environ au-dessus d'un baquet rempli d'eau, afin de prévenir leur dessiccation, et de rendre l'atmosphère qui les entourait à peu près aussi humide que celle du gaz de la fosse. L'expérience a été commencée le 24 juillet. *Air atmosphérique*

25 *juillet*, peau d'une couleur verte sale, par parties; odeur fade; la plaie est brune, sèche et couverte d'œufs de mouches (température, 14° th. centig.). 27 *juillet*, tendance à la dessiccation; couleur plus verte; plaie couverte de larves; épiderme du pied soulevé par ces animaux; partout ailleurs il se détache facilement; ongles d'une couleur livide, légère odeur de putréfaction (temp. 13°). 28 *juillet*, les parties dépouillées d'épiderme sont brunes et sèches; les larves ont gagné l'intérieur du membre; l'odeur putride est beaucoup plus sensible (temp. *idem*). 30 *juillet*, la peau est brune et sèche; l'épiderme entièrement boursoufflé ressemble à des mucosités desséchées, et se réduit presque en poussière; les larves sont encore dans la peau, qui leur sert pour ainsi dire d'étui (temp. 15°). 2 *août*, dessiccation complète; il ne reste plus que les os dans la peau; les larves sont mortes ou tombées dans l'eau (temp. 16°). 4 *août*, *idem*.

Gaz des fosses d'aisance, 25 *juillet*, peau d'un blanc sale excepté dans quelques points, où elle offre une teinte verdâtre; plaie couverte d'œufs; point d'odeur. 26, couleur verte très-prononcée; larves peu volumineuses et nombreuses; l'épiderme qui recouvre les parties vertes se détache facilement; les ongles du pied sont légèrement livides; le membre est à peine odorant. 27, les portions dépourvues d'épiderme sont brunes : partout où il existe, il est altéré par les larves. 28, ramollissement considérable; odeur putride très-manifeste; chair en partie détruite par les larves. 29, larves grosses, chairs presque entièrement détruites; odeur plus forte. 30, il n'y a plus d'épi-

derme; le genou et le pied ne tiennent plus que par les ligamens et les tendons ; l'odeur est insupportable. 2 *août*, il ne reste plus que les os, les tendons et une petite quantité de peau ; presque toutes les larves sont mortes. 4 *août*, on ne retire de la fosse qu'un fragment de peau.

Il résulte de ce qui précède, 1° que la putréfaction des fœtus, marche avec beaucoup de rapidité dans le gaz des fosses d'aisance ; 2° que néanmoins dans les premiers temps, ses progrès paraissent plus lents que lorsque les fœtus sont dans l'air atmosphérique *humide;* 3° que la rapidité de sa marche dans les derniers temps, comparée à celle du membre qui était exposé à l'air, tient probablement à la dessiccation que celui-ci avait éprouvée malgré les précautions qui avaient été prises, tandis que l'autre était constamment resté humide.

Dans l'eau stagnante. La jambe et le pied du fœtus mort le 5 *mai* (*voyez* page 479), ont été mis dans l'eau de puits, le 6 *mai* à 10 heures du matin. Le 7 *mai*, le membre qui jusqu'alors avait été incolore, présentait une teinte rougeâtre, 8 *mai*, la couleur est légèrement violacée. 9 *mai*, *idem*. 10 *mai*, odeur à peine sensible ; l'épiderme se détache par petits lambeaux sous la pointe des pinces ; couleur toujours violacée. 11 *mai*, on éprouve plus de facilité à détacher l'épiderme ; l'odeur est déjà manifeste, mais différente de celle qu'exhalent les matières qui se pourissent à l'air. 12 *mai*, ces deux caractères sont plus sensibles. 13 *mai*, couleur rouge marbrée. 14 *mai*, l'eau est trouble, rougeâtre, et répand une odeur forte, désagréable, l'épiderme se détache plus facilement. 15 *mai*, la

peau résiste à la pointe des pinces; les propriétés physiques des muscles ne paraissent point altérées. 16 *mai*, couleur du membre, blanchâtre, excepté à la malléole interne qui est verdâtre; on enlève la totalité de l'épiderme de la jambe, tandis que celui du pied résiste; l'odeur est moins sensible. 17 *mai*, la malléole n'est plus verte, l'épiderme du pied se détache en totalité. 18 *mai*, couleur grise brune sans aucune trace de lividité; point de changement dans l'odeur ni dans la consistance; on voit sept ou huit mouches dans l'eau qui, est trouble, légèrement fétide et colorée en rouge brun. 19 *mai*, supernatation du pied; dégagement assez considérable de gaz, aux environs des vaisseaux tibiaux postérieurs; odeur un peu plus prononcée : l'eau présente à sa surface une pellicule, qui n'offre point l'aspect huileux. 20 *mai*, point de changement appréciable, 21 *idem*. 22 *mai*, couleur de café au lait tirant sur le vert; le derme est *corrodé;* on y voit des ulcérations assez larges, semblables aux chancres vénériens, et dont les bords sont fort mous; le ramollissement du membre est très-marqué; l'odeur est forte et *sui generis;* la graisse et les muscles présentent leur couleur naturelle. 23 *mai*, les *corrosions* sont plus larges; la couleur est verte. 24 *mai*, la peau se déchire facilement, et on voit alors qu'elle est rose et que la couleur verte n'est que superficielle; les *corrosions* sont un peu plus larges. 25 *mai*, ramollissement toujours croissant; la graisse paraît complétement saponnifiée (1).

---

(1) On désigne sous le nom de *graisse saponnifiée*, ou de *gras de cadavres*, une matière grasse composée de beaucoup

28 *mai*, peau d'un vert olive très-ramollie au pied et à la partie interne de la jambe. 29 *mai*, les muscles sont tellement ramollis qu'ils sortent sous forme de putrilage par les trous de la peau, lorsqu'on presse celle-ci. 31 *mai*, le membre conserve encore sa forme. 3 *juin*, le membre encore entier, semble réduit à une écorce de graisse sous-cutanée solide et saponifiée, recouverte en quelques points de derme aminci ; les os sont presque dénudés, et le putrilage musculaire s'écoule par les fistules cutanées. 6 *juin*, les épiphyses se détachent ; le membre tend à se séparer au niveau de l'articulation du pied. 13 *juin*, le membre à pour ainsi dire conservé sa forme ; toutefois le pied ne tient plus que par quelques tendons et par quelques ligamens ; les parties charnues réduites en une sorte de putrilage, ont abandonné les os, qui sont encore renfermés dans une sorte d'étui formé par une couche de graisse saponifiée.

Dans l'eau renouvelée deux fois par jour. La jambe

---

d'acide stéarique, d'une petite quantité d'acide oléique, d'un peu d'ammoniaque, de potasse et de chaux ; c'est véritablement un savon avec excès d'acide graisseux, comme l'a démontré M. Chevreul. Il est le résultat de la décomposition qu'éprouvent la fibre musculaire et la graisse ; cette dernière fournit les deux acides, et l'autre donne l'ammoniaque. Le *gras des cadavres* est d'abord jaunâtre, mou, pulpeux, et d'une odeur fétide ; il devient ensuite d'un blanc mat, sec et pulvérulent ; il se forme *particulièrement*, lorsque des cadavres chargés de graisse sont placés dans des terrains humides.

et le pied de l'autre côté du même fœtus ont été mis, le 6 *mai*, dans l'eau de puits, que l'on a renouvelée deux fois par jour. 7 *mai*, point de changement. 8 *mai*, idem. 9 *mai*, couleur légèrement violacée; point d'odeur. 10 *mai*, pied légèrement verdâtre; l'épiderme qui le recouvre se détache plus facilement que celui de la jambe. 11 *mai*, idem. 12 *mai*, on voit à la surface de l'eau et du membre une multitude de bulles de gaz; odeur à peine sensible; même couleur. 13, l'épiderme se détache facilement à la partie interne du membre; odeur marquée, nullement désagréable; bulles de gaz et couleur comme hier. 14 *mai*, ces caractères sont un peu plus prononcés. 15 *mai*, la peau résiste à la pointe des pinces; point de changement sensible dans les muscles. 16, couleur blanche; tache verdâtre à la malléole interne; même odeur. 17, l'épiderme du pied se détache en totalité; la malléole est toujours verte. 18, bulles gazeuses sur les points qui sont encore recouverts d'épiderme; celui-ci s'enlève facilement sur la région antérieure et supérieure du tibia; supernatation de la partie supérieure de la jambe; couleur d'un blanc mat, mélangée de gris-brun. 19, l'épiderme est complétement enlevé; on dégage des gaz par l'expression du membre : l'eau est fétide, recouverte d'une pellicule d'un blanc sale, légèrement colorée en jaune, d'apparence huileuse; l'odeur du membre est moins sensible que celle du liquide. 20 *mai*, supernatation complète. 21, le membre est d'un blanc laiteux; la peau ne se déchire pas encore. 22 *mai*, couleur *idem*; derme bien ramolli, offrant à sa surface une multitude de points *ulcérés*, très-rapprochés, moins

larges et plus nombreux que dans l'expérience précédente. 23 *mai*, *corrosion* et ramollissement beaucoup plus évidens et plus étendus que dans le sujet de l'observation précédente ; la peau est tellement ramollie dans toutes les parties *corrodées*, qu'on peut l'enlever en grattant légèrement avec le scalpel. 24, ces caractères sont plus prononcés ; membre d'un blanc sale ; odeur un peu plus forte ; muscles rouges et légèrement ramollis. 25, les muscles sont déjà réduits en un putrilage rosé. 28 *mai*, *corrosion* portée au point que les ulcères sont de la largeur d'une pièce de deux francs ; il suffit de presser un peu le membre pour faire sortir les muscles sous forme de putrilage; couleur d'un blanc-rosé ; le ramollissement est évidemment plus marqué que dans l'expérience précédente. 29 *mai*, les os sont en grande partie dénudés ; les chairs sont presque complétement détachées; séparation du cinquième os du métatarse. 31 *mai*, les chairs sont ramollies au point que le membre ne conserve plus sa forme ; on n'en trouve que des lambeaux ; la graisse semble se saponifier ; l'odeur est semblable à celle du savon de graisse. 3 *juin*, la dénudation des os est complète ; les muscles sont remplacés par un putrilage rougeâtre. 6 *juin*, les épiphyses se détachent, il ne reste plus que des ligamens, des tendons et quelques morceaux de graisse qui paraît saponifiée. 13 *juin*, on ne voit plus que les os qui sont en partie désunis, et deux lambeaux de graisse entièrement saponifiée.

Après avoir examiné comparativement les effets de l'eau stagnante et de l'eau renouvelée deux fois par jour sur les parties d'un même fœtus, nous avons voulu

connaître l'action de l'eau sur des cadavres entiers; l'un de ces cadavres a été laissé pendant vingt-deux jours dans de l'eau de puits que l'on n'a point renouvelée; l'autre, au contraire, a été mis dans de l'eau qui a été renouvelée jour et nuit, pendant le même espace de temps. Il résulte de ces expériences, 1° que les cadavres éprouvent dans l'eau un genre de décomposition qui ne ressemble en aucune manière à l'altération qu'ils subissent à l'air; 2° que la graisse se saponifie en se transformant en acides stéarique et oléique, qui se combinent avec l'ammoniaque provenant de la décomposition de la chair musculaire; 3° que cette altération a lieu beaucoup plus rapidement dans l'eau renouvelée que dans l'eau stagnante.

TRENTIÈME LEÇON.

Dans l'eau de fosses d'aisance. La cuisse du fœtus mort le 5 mai (*Voyez* page 479) a été mise dans un seau rempli d'eau de fosses d'aisance, le 6 mai, à dix heures du matin. *7 mai*, rien de remarquable. 8, couleur légèrement violacée, surtout à la partie interne et postérieure. 9, l'épiderme commence à s'enlever par une forte pression des pinces; couleur *idem*. 10, tout est dans le même état. 11, *idem*. 12, l'épiderme se détache un peu plus facilement. 13, *idem*. 15, la peau résiste bien; la structure des muscles n'est pas changée; le membre nettoyé exhale l'odeur de l'eau de la fosse. 16 *mai* on voit quelques parties violacées encore recouvertes d'épiderme; la majeure partie est jaune et dépouillée d'épiderme; léger ramollis-

sement des muscles. 17 *mai*, la teinte violacée a moins d'étendue ; la couleur de la peau ressemble à celle du café au lait. 18, l'épiderme se détache de plus en plus ; il se dégage des gaz par les extrémités incisées du membre. 19, lavée et mise dans de l'eau de puits, la cuisse surnage ; dégagement de gaz par une légère pression ; la peau commence à se ramollir ; la graisse qui est à découvert sur les plaies offre l'aspect du savon ramolli. 22 *mai*, la peau se sépare plus facilement de la graisse ; le reste est dans le même état. 23, on n'aperçoit aucune trace de *corrosion*, comme cela a déjà lieu pour les membres qui sont en contact avec l'eau de puits ; les muscles sont plus ramollis que la peau ; celle-ci est d'un jaune légèrement orangé, et se détache lorsqu'on la racle avec le scalpel. 25 *mai*, ramollissement de la tête du fémur ; la peau est évidemment amincie. 28 *mai*, les muscles sont bien ramollis ; la peau n'offre aucune trace de *corrosion*, mais elle s'enlève très-facilement ; la graisse sous-cutanée, d'une couleur rosée dans certains endroits, paraît saponifiée. 29, *idem*. 31, la peau est entièrement détachée ; le ramollissement des muscles, quoique considérable, est moins prononcé que sur la portion de cadavre qui est en contact avec l'eau non renouvelée. 3 *juin*, les cartilages sont sensiblement ramollis ; la graisse paraît bien saponifiée. 6 *juin*, les muscles encore d'une couleur jaune rosée sont plus ramollis ; la graisse est complétement saponifiée et moins cohérente. 13 *juin*, on ne trouve que quelques lambeaux de tissu savonneux qui se détachent des muscles encore roses et très-ramollis.

Dans du fumier. L'autre cuisse du fœtus mort le

5 mai, a été enterrée dans du fumier, le 6 mai, à dix heures du matin. 7 *mai*, rien de remarquable. 8, odeur forte, surtout aux extrémités incisées. 9, couleur mélangée de rose et de vert; l'épiderme se détache; l'odeur de putréfaction est très-prononcée. 10, l'épiderme est complètement enlevé; couleur verdâtre dans la partie du membre qui regarde en haut, et aurore dans la partie opposée; la peau n'est pas sensiblement ramollie. 11, couleur aurore plus généralement répandue; les muscles commencent à se ramollir dans les environs des plaies. 12, léger ramollissement de la peau; odeur forte ammoniacale; muscles d'un gris rougeâtre. 13, ces caractères sont un peu plus prononcés. 14, couleur orangée; odeur très-fétide; on déchire assez facilement la peau. 15, les muscles sont réduits à une sorte de putrilage dans les parties découvertes, quoiqu'ils conservent encore leur couleur rouge. 17, odeur très-fétide, ramollissement beaucoup plus considérable des muscles. 19, peau d'un rouge orangé, en partie desséchée à sa surface externe, et dure comme du cuir; muscles réduits en lambeaux et en putrilage grisâtre; fémur dénudé. 22, il ne reste que la peau dont la couleur orangée est moins foncée; elle est plus humide et plus ramollie en dedans qu'à sa surface externe. 23, les portions de peau humide se détachent facilement en râclant avec le scalpel. 28 *mai*, on ne trouve que des lambeaux de peau.

Dans de la terre. Le bras du fœtus mort le 5 mai a été enveloppé de terre, le 6 *mai*, à dix heures du matin; on a arrosé de temps à autre; cependant le terrain n'a jamais été sensiblement humide. 7, rien de remar-

quable. 9, l'odeur ne se fait sentir que dans les plaies. 10, l'épiderme commence à se détacher, et alors on voit que la peau est rose; point de ramollissement; légère odeur de putréfaction. 11, épiderme entièrement détaché; odeur nauséeuse; couleur mélangée de vert et de rose. 12, la plaie est d'un rouge gris; la peau n'est pas encore ramollie. 13, couleur orangée de la peau qui commence à se ramollir; odeur fétide. 14, on déchire la peau, mais moins facilement que celle de la portion qui est enterrée dans du fumier. 15, la graisse ne présente plus l'aspect granuleux et vésiculeux qu'elle offre chez le fœtus; elle ressemble déjà au gras des cadavres; le ramollissement de la peau est plus marqué; la structure des muscles n'est point changée. 16, *idem.* 17, la peau, d'une couleur rose jaunâtre, se déchire très-facilement; odeur très-fétide; graisse rosée s'étendant comme de la cire molle sous une légère pression; muscles légèrement ramollis, sans changement apparent dans leur structure. 19, la peau se déchire plus facilement; la graisse découverte a l'aspect homogène du savon légèrement ramolli; celle que l'on met à nu par le déchirement de la peau, est encore jaune, vésiculeuse, et offre des filamens cellulaires manifestes à l'œil nu; les muscles sont ramollis et putrilagineux; l'odeur est très-fétide. 21, les tendons sont à nu; le reste est dans le même état. 23, peau détruite dans une grande partie du membre; la portion qui reste est d'un rouge orangé; graisse saponifiée et blanche, excepté dans quelques points qui offrent une couleur jaune; muscles rouges; odeur moins fétide. 31, peau entièrement détruite;

graisse rosée à sa surface et blanche dans l'intérieur ; os dénudé ; muscles en grande partie détruits ou sous forme d'un putrilage rosé ; odeur semblable à celle de l'ognon de lis. *6 juin*, on ne découvre que du gras de cadavre formé aux dépens de la graisse qui s'est changée en acides stéarique et oléique, et de l'ammoniaque provenant des muscles qui sont entièrement détruits.

On ne lira pas sans intérêt les détails relatifs à l'exhumation que nous avons faite du cadavre d'un individu enterré depuis trente-deux jours. Appelé le 30 juillet 1823, par M. D., juge d'instruction, pour savoir si l'on pouvait espérer de reconnaître qu'un homme mort le 30 juin de la même année, et dont le cadavre avait été inhumé le lendemain, eût péri empoisonné ; nous répondîmes que cela n'était pas impossible. L'exhumation fut faite le 1er août, à sept heures du matin. Le cadavre, recouvert d'une chemise et enveloppé d'un linceul, était enfermé dans une bière en chêne, que l'on avait enterrée dans une fosse particulière de cinq pieds de profondeur ; à peine le cercueil fut-il ouvert qu'il s'exhala une odeur tellement fétide, que nous crûmes convenable de faire retirer le corps et de le laisser exposé à l'ombre pendant quelques minutes. (La température de l'atmosphère était déjà à 17° th. R.) L'identité n'ayant pu être constatée qu'à dix heures du matin, par des motifs qu'il est inutile d'indiquer, il fut facile d'observer que le cadavre avait augmenté sensiblement de volume pendant les trois heures qu'il était resté à l'air. A dix heures, on le transporta dans une salle de dissection ;

là il fut découvert avec rapidité et dépouillé du linceul et de la chemise, avec lesquels une grande partie de l'épiderme se détacha : l'odeur était tellement infecte qu'il eût été dangereux de séjourner pendant plusieurs heures dans cette atmosphère, si on n'était point parvenu à la détruire : nous répandîmes indistinctement sur toute la surface du corps, environ trois pintes d'eau, tenant en dissolution un huitième de son poids de *chlorure de chaux* (*voyez* page 522); l'effet de cette liqueur fut merveilleux; il s'était à peine écoulé une minute que l'*odeur fétide avait entièrement disparu.*

Le linceul et la chemise étaient mouillés et tachetés de vert, de brun et de jaune; on voyait çà et là des portions qui paraissaient moisies. On nous dit que l'individu était âgé de quarante-quatre ans, qu'il était fort gras, et qu'il avait succombé à une maladie qui n'avait duré que trente-huit à quarante heures; sa stature était d'environ cinq pieds. La tuméfaction du cadavre était extrême; la peau était d'un brun noirâtre au crâne; d'un blanc rosé à la partie supérieure de la face; noirâtre autour des lèvres, moins foncée aux joues et au menton; les paupières étaient affaissées et commençaient à tomber en putrilage; le nez, la bouche et le menton, étaient aplatis par la pression du linceul, ce qui altérait singulièrement les traits de la face. La peau était d'un brun noirâtre au cou, grisâtre à la poitrine, où l'on remarquait quelques taches noires, surtout sous le mamelon; elle était d'un blanc sale à l'abdomen et sur les côtés du tronc, et d'un brun noirâtre aux régions sus-pubienne et

inguinale, ainsi que sur le scrotum ; celui-ci était d'ailleurs du volume de la tête d'un adulte, et ne paraissait devoir son développement excessif qu'à la présence des gaz. La peau qui revêt les membres thorachiques et abdominaux était d'un vert foncé, marbré de plaques noires comme torréfiées ; l'extrémité des orteils offrait une couleur d'un vert clair. Du reste, la peau du tronc et des membres n'était pas sensiblement ramollie, il était impossible de la déchirer en opérant d'assez fortes tractions avec les pinces. L'épiderme était détaché ou s'enlevait avec la plus grande facilité, et en arrachant celui qui recouvre les pieds, on séparait en même temps les ongles.

En incisant la peau on voyait que les muscles étaient légèrement ramollis, mais que les faisceaux et les fibres étaient distincts et de couleur rosée ; le tissu cellulaire qui les environnait était en partie saponifié ; toutefois cet état de la graisse était beaucoup plus sensible à la face et au tronc.

L'ouverture du cadavre, faite suivant les règles de l'art (*voyez* pag. 519), permit de voir, 1° que l'intérieur de la bouche et le pharynx offraient une couleur noirâtre qui était l'effet de la putréfaction ; que l'œsophage était presque dans l'état naturel ; que l'estomac était énormément distendu par des gaz, et qu'il ne contenait aucun aliment ; que sa consistance ne paraissait point diminuée, que la membrane muqueuse était tapissée d'une couche assez épaisse de mucosités jaunâtres ; en enlevant ces mucosités, on apercevait près de l'extrémité splénique une tache d'un jaune serin, qui correspondait à une tache semblable de la face

externe; il y avait au voisinage des orifices œsophagien et pylorique, et de la portion splénique, des traces manifestes d'inflammation; on voyait aussi près du pylore quelques *ecchymoses*, que l'on faisait disparaître en grattant légèrement; *ces altérations étaient aussi évidentes qu'elles auraient pu l'être si le cadavre eût été ouvert le lendemain de la mort de l'individu.* La surface externe de l'estomac était dans l'état naturel, si toutefois on en excepte la tache jaune dont nous avons parlé. La membrane muqueuse du duodénum était également tapissée de mucosités jaunâtres; on en voyait aussi dans les autres portions de l'intestin grêle, mais elles diminuaient au fur et à mesure que l'on avançait vers la fin de l'iléum, où l'on apercevait quelques grains blanchâtres durs, que l'analyse démontra être de l'*oxyde d'arsenic*; du reste les intestins grêles offraient çà et là des parties emphysémateuses, mais sans aucune trace d'inflammation. Le cœcum, le colon et l'iléum paraissaient dans l'état naturel. L'épiploon et le mésentère étaient chargés de graisse en partie saponifiée.

2° Que le foie et la rate, les uretères, la vessie et le pancréas n'offraient rien de remarquable; que les reins étaient ramollis et réduits en une sorte de putrilage; qu'il y avait dans la cavité de l'abdomen environ quatre onces d'un liquide jaune, filant et excessivement gras.

3° Que le larynx, la trachée artère et les bronches étaient dans l'état naturel; que les poumons étaient d'un brun violacé, crépitans et infiltrés par des gaz; que le péricarde était chargé de graisse en avant et sur les côtés; que la face interne ainsi que la surface ex-

terne du cœur offraient un grand nombre de granulations blanchâtres semblables à du sablon; que cet organe était un peu volumineux et chargé de graisse; que l'oreillette et le ventricule droits ne contenaient *aucune trace de sang liquide ni coagulé*; que la membrane interne de cette oreillette était garnie de petites pétrifications semblables à celles dont nous avons déjà parlé; qu'il y avait de pareilles pétrifications dans les cavités gauches du cœur, mais qu'elles se détachaient par le frottement; qu'il n'y avait pas non plus de sang dans ces cavités; que les valvules n'étaient pas ossifiées, que seulement les festons qui se trouvent au commencement de l'aorte offraient de légères traces d'ossification (1).

4° *Qu'il n'y avait pas un atome de sang liquide ni coagulé* dans aucun des vaisseaux que l'on peut apercevoir sans injection préalable; que la membrane interne de l'aorte, de l'artère pulmonaire, des veines du même nom, etc., offraient des taches rosées.

5° Que la graisse qui sépare les os du crâne du péricrâne, était en partie saponifiée; que ces os étaient fragiles et se brisaient en grands fragmens; que la masse cérébrale était très-affaissée, en sorte qu'il y avait un grand vide dans la cavité du crâne; que la dure-

(1) Nous pouvons assurer que l'aspect extérieur du canal digestif, du foie, de la rate, du pancréas, de la vessie, des poumons et du cœur de cet individu, était tel, qu'on aurait pu croire que la mort n'avait eu lieu que la veille; l'odeur de putréfaction était à peine sensible dans ces organes, quoiqu'aucun d'eux n'eût été touché par le *chlorure de chaux*.

mère était détachée et qu'il n'y avait pas d'épanchement entre elle et les os ; que la couleur de cette membrane était verdâtre, et qu'elle ressemblait assez à une vessie à moitié pleine; que la faux se détachait en lambeaux avec les vaisseaux qui s'y rendent ; que la face interne de la dure-mère était rosée ; que sa consistance n'était pas sensiblement diminuée ; qu'il était impossible de reconnaître la pie-mère et l'arachnoïde ; que le *cerveau* était converti en une espèce de *bouillie grisâtre* et fluide à sa surface, tandis qu'il était d'un blanc cendré aux parties médullaires ; que le plexus choroïdien se dessinait sous forme de stries rosées ; que le *cervelet* et le commencement de la *moelle allongée* offraient le même aspect que le cerveau.

B. *États d'un individu vivant, que l'on serait tenté de confondre avec la putréfaction.* On pourrait être souvent induit en erreur, si on jugeait qu'un corps est putréfié, seulement d'après l'odeur qu'il exhale et d'après la coloration de la peau ; on sait relativement à l'odeur : 1° qu'elle varie considérablement suivant le milieu, dans lequel est plongé le corps qui se décompose ; 2° que quelquefois elle est à peine sensible ; 3° que dans beaucoup de circonstances, l'odeur du milieu domine tellement, qu'il est impossible de saisir celle qui appartient à la matière animale putréfiée ; 4° que pendant la putréfaction à l'air libre, l'odeur est presque nulle à une certaine époque, et qu'il existe un moment où elle n'est pas désagréable ; 5° qu'il est des individus vivans qui répandent une odeur infecte ; il pourrait donc arriver que ces individus fussent dans un état de mort apparente et qu'on les crût pouris, si

on n'avait égard qu'à ce caractère. Relativement à la coloration de la peau, nous établirons qu'elle diffère beaucoup aussi, suivant les milieux, l'époque de la putréfaction, la partie qui se pourit, etc., et que dans certaines maladies inflammatoires et nerveuses, on observe des taches rouges violettes, ou livides, offrant jusqu'à un certain point l'apparence de celles qui se développent pendant la décomposition putride. M. Fodéré rapporte que le corps d'une jeune femme était couvert de taches violettes et noires quatre heures *avant* qu'elle ne succombât à un accès d'hystéricie. Ces considérations nous permettent de conclure que, si dans la plupart des cas l'odeur putride et la coloration de la peau sont des phénomènes propres à établir que les cadavres se pourissent, il est des circonstances, fort rares à la vérité, où ces caractères sont insuffisans, et dans lesquelles il faut attendre que l'épiderme soit soulevé et détaché, et même que le tissu de la peau soit ramolli, ces altérations étant constamment l'effet de la putréfaction, quelque soit le milieu qui environne le corps.

Conclusions sur les signes de la mort.

Il résulte de tout ce qui vient d'être exposé dans cet article, 1° que la putréfaction est un signe certain de la mort, si elle est parfaitement établie; un commencement de putréfaction, ne suffit pas pour affirmer que la vie a cessé, puisqu'on a vu des personnes se rétablir dans l'espace de quelques heures, quoique la

peau fût couverte de taches violettes, qu'elle répandît une odeur infecte, etc.

2° Que, comme il pourrait être dangereux pour les assistans d'attendre, pour inhumer le cadavre, qu'il fût entièrement pouri, on doit également conclure que l'individu est mort, si les membres ont présenté la rigidité que nous avons désignée sous le nom de *cadavérique*, pourvu toutefois que l'on ait bien distingué cette raideur de celle qui a quelquefois lieu chez le vivant.

3° Qu'aucun des autres signes pris isolément ne suffit pour prononcer qu'une personne est morte; mais que leur ensemble permet d'établir de fortes présomptions.

TRENTE ET UNIÈME LEÇON.

§ II.

Des maladies qui peuvent produire la mort apparente et exposer aux inhumations précipitées.

L'apoplexie, l'extase, l'épilepsie, la catalepsie, l'hystérie, la lipothymie, l'asphyxie, la congélation, le tétanos, la peste et certaines blessures; telles sont les principales maladies que les auteurs ont regardé comme pouvant produire la mort apparente et exposer aux inhumations précipitées; en effet, s'il est inexact de dire que ces maladies simulent *constamment* la mort, on ne peut guère se refuser à admettre que dans *certaines circonstances* les individus qui en sont atteints ne donnent aucun signe de vie, ou n'en présentent que de fort équivoques. On sentira dès-lors la nécessité d'attendre, avant de porter un jugement,

que les phénomènes cadavériques mentionnés dans le paragraphe précédent se soient manifestés ; et l'on insistera surtout pour que l'inhumation soit différée jusqu'à l'époque où il ne sera plus permis de douter que la mort est réelle. Les annales de la médecine fourmillent de faits propres à justifier la conduite que nous proposons de tenir. (*Voyez* l'observation de Rigaudeaux, page 230.)

§ III.

Des épreuves que l'on a proposées pour constater si la mort est réelle.

La plupart des épreuves conseillées jusqu'à ce jour pour distinguer la mort réelle de la mort apparente, sont équivoques et insuffisantes ; nous allons les examiner séparément, pour mieux faire juger la valeur de chacune d'elles. On a cru pouvoir reconnaître si l'individu *respirait* encore, en plaçant devant la bouche et les narines la flamme d'une bougie, un brin de paille, des filamens de laine ou de coton, un miroir, etc.; la respiration est suspendue, a-t-on dit, si le miroir n'est pas terni et si les autres corps restent immobiles; dans le cas contraire, il faut admettre qu'il se dégage des poumons de l'air et de la vapeur pulmonaire, et par conséquent que l'individu respire. Mais ne sait-on pas qu'il suffit de modérer la respiration, pour que les corps légers, placés devant la bouche et les narines, n'éprouvent aucun mouvement, et ne voit-on pas tous les jours la surface d'un miroir être ternie par la vapeur qui s'exhale des poumons d'un cadavre encore

chaud ? Winslow voulait que l'on mît sur le cartilage de l'avant dernière côte un verre contenant de l'eau ; le corps étant couché sur le côté opposé, on pouvait juger, d'après cet auteur, si la respiration s'exerçait encore par l'oscillation ou l'immobilité du liquide ; déjà avant lui on avait imaginé de coucher la personne sur le dos et de placer le verre sur le cartilage xyphoïde, pour atteindre le même but; mais ces expériences doivent souvent induire en erreur, non-seulement parce qu'elles supposent que les côtés se meuvent constamment pendant la respiration, tandis que celle-ci peut très-bien s'exécuter à l'aide du diaphragme, mais encore parce qu'il est des circonstances où des gaz, dégagés dans l'abdomen d'un cadavre, impriment un mouvement manifeste à l'eau, quoique la personne soit morte depuis plusieurs heures. Ajoutons à ces considérations qui prouvent déjà combien cette épreuve est fallacieuse, que la respiration est suspendue pendant l'asphyxie, et qu'alors on ne doit observer aucun des caractères mentionnés ; l'individu est pourtant vivant.

Les *battemens du cœur* et *des artères* ne laissent aucun doute sur l'existence de la vie. Que l'on explore attentivement, a-t-on dit, les pulsations de ces organes, en couchant l'individu sur le dos, sur l'un et l'autre côté, afin de mieux apprécier les mouvemens les plus légers du cœur, qui le plus souvent se font sentir à la région gauche du thorax, mais qui dans d'autres circonstances sont sensibles à droite ; et pour ce qui concerne les artères, que l'on cherche à apprécier les battemens du tronc fémoral, de l'artère temporale et de la carotide externe, en plaçant le doigt

au milieu de l'espace compris entre l'épine antérieure et supérieure de l'os iliaque et l'épine du pubis, ou dans la région temporale au-dessus de l'arcade zygomatique, ou enfin entre le larynx et l'angle de l'os maxillaire inférieur : que l'on explore les battemens de l'artère radiale à son origine, c'est-à-dire à la partie antérieure et externe du pli du coude, au poignet, et après qu'elle s'est enfoncée sous les tendons des muscles extenseurs du pouce, entre le premier et le second os du métacarpe, et non entre le pouce et le premier os, comme on l'indique mal à propos. Ces épreuves sont aussi propres à induire en erreur que les précédentes, parce que les mouvemens peuvent être assez faibles pour ne pas pouvoir être appréciés, et surtout parce qu'ils sont suspendus dans la syncope, quoique l'individu soit vivant.

L'emploi des *stimulans* et des *irritans* a été regardé comme un moyen certain de distinguer la mort réelle de la mort apparente : aussi a-t-on proposé tour à tour de titiller la luette, d'appliquer des sternutatoires sur la membrane pituitaire, de placer sous les narines des liquides volatils et irritans, comme l'ammoniaque, l'acide acétique, etc., d'introduire dans les intestins des lavemens de tabac, de sel commun, etc., de faire usage des vésicatoires, d'avoir recours à l'urtication, à la piqûre avec des aiguilles, à la cautérisation avec le feu, l'huile, la cire d'Espagne, etc. L'inefficacité de plusieurs de ces moyens est tellement évidente, qu'il est inutile de nous en occuper : quant aux caustiques, il suffira de dire que des personnes qui étaient dans un état de mort apparente ont été profondé-

ment brûlées sans donner le moindre signe de vie. Un apoplectique, âgé d'environ trente-six ans, dit M. Fodéré, fut apporté à l'hôpital des Martigues en 1809 : « L'épouse du malade, trouvant les moyens dont j'avais fait usage trop lents, appliqua pendant la nuit sur l'épaule paralysée une rouelle brûlante de gaïac, puis l'abandonna à son sort. L'odeur du linge brûlé ayant attiré les servans près du lit du malade, au bout de quelques heures, ils trouvèrent une partie de la chemise et des draps de lit consumée, son bras et son épaule à demi-brûlés, sans qu'il eût été détourné de son sommeil, et même sans qu'il éprouvât la moindre douleur lorsqu'on le réveilla. Il fut pansé de cette brûlure pendant trois mois, et n'en resta pas moins hémiplégique. » (Tome II, page 366.) Que penser maintenant de l'application des vésicatoires, des ventouses scarifiées, de l'urtication, du moxa, et de la piqûre par l'aiguille : sans doute il y aura des cas où l'individu pourra être réveillé par l'action de l'un ou l'autre de ces irritans, mais dans combien de circonstances ces moyens ne seront-ils pas sans effet! Nous en dirons autant des *incisions* légères que l'on a conseillé de pratiquer : quant aux incisions profondes, elles pourront ne pas être plus efficaces, et leur danger est trop grand pour qu'on doive y avoir recours. Foubert trouvera-t-il des imitateurs, lorsqu'il propose de mettre le cœur à nu par une incision, afin de déterminer s'il exécute encore quelques mouvemens? Nous ne le croyons pas.

De l'électricité voltaïque. Si après avoir disséqué une portion d'un muscle locomoteur superficiel, on le soumet à l'action de la pile électrique, et qu'il ne se con-

tracte point, on peut assurer que l'individu est mort; car, ainsi que nous l'avons déjà dit, les muscles ne cessent de se contracter sous l'influence de la pile que lorsque la rigidité cadavérique s'est manifestée. Si, au contraire, on obtient des contractions, il n'est pas certain que la vie soit éteinte, et l'on doit chercher à ranimer les mouvemens des poumons et du cœur, par tous les moyens qui sont au pouvoir de l'art; cependant on aurait tort d'assurer que l'individu est vivant, les muscles des cadavres jouissant de la propriété de se contracter sous l'influence de la pile, depuis le moment de la mort jusqu'à celui où ils sont devenus raides.

Nous croyons pouvoir conclure de ce qui précède, 1° que de toutes les épreuves proposées pour distinguer si la mort est réelle ou apparente, celle qui consiste à soumettre un muscle à l'action de la pile est, dans certains cas, la plus valable; 2° que parmi les autres, il en est que l'on ne doit jamais employer; 3° qu'il n'y a aucun inconvénient à mettre en usage celles qui ne présentent aucun danger; 4° que dans les cas douteux, il faut différer l'inhumation.

ARTICLE II.

Des altérations des tissus et des fluides qui sont le résultat de la mort, et qui pourraient être attribuées à des violences exercées sur les individus vivans, ou à des maladies antécédentes.

Les altérations dont nous devons nous occuper dans cet article sont les lividités cadavériques, les verge-

tures, les ecchymoses, le développement de certains gaz, la coloration de plusieurs viscères et des vaisseaux sanguins, les congestions de sang et les épanchemens de fluides séreux.

Lividités cadavériques. On désigne ainsi des taches superficielles lenticulaires, ponctuées, ou des plaques irrégulières plus ou moins larges, d'une forme et d'une étendue variables, de couleur noirâtre, brune, rougeâtre ou violacée, qui ont leur siége dans le tissu de la peau, et qui sont le résultat de la congestion du sang dans les réseaux capillaires, comme on peut s'en convaincre en coupant à l'endroit de ces lividités une lame mince de la peau ; on verra que la couleur livide ne s'étend pas aux parties sous-jacentes.

On n'observe le plus souvent les lividités cadavériques qu'au dos, aux fesses et aux parties sur lesquelles le corps était couché au moment où il s'est refroidi ; phénomène qu'il sera facile de concevoir dès que l'on admettra que le sang est entraîné par sa pesanteur dans les parties les plus déclives, et que l'influence de cette pesanteur ne se fait sentir que tant que la chaleur subsiste et que le sang reste fluide : c'est donc parce que la plupart des cadavres se refroidissent en conservant la position horizontale dans laquelle se trouvaient les individus au moment de la mort, que les taches se manifestent plutôt au dos et aux fesses qu'ailleurs. En effet, si au moment de la mort on retournait ces cadavres, de manière à ce qu'ils fussent couchés sur le ventre pendant leur refroidissement, les lividités occuperaient alors cette partie du corps ; d'où il suit que l'on peut juger, d'après la situation de ces taches, la

position du corps au moment de la mort, à moins qu'on n'ait la certitude que le cadavre a été retourné peu de temps après qu'elle a eu lieu. — Quelquefois les lividités cadavériques s'étendent plus particulièrement à la tête, au cou et aux parties génitales ; dans d'autres circonstances la peau est livide dans toute son étendue.

Les lividités cadavériques paraissent le plus ordinairement lorsque le cadavre commence à se refroidir ; il est des cas cependant où les ongles, les mains, les pieds, le nez, les lèvres et les lobes des oreilles offrent une teinte violacée pendant l'agonie de diverses maladies ; dans certaines circonstances au contraire la peau ne devient livide que plusieurs jours après la mort, ce qui paraît tenir à la stagnation du sang dans l'oreillette droite du cœur et dans le tronc des veines caves ; la couleur livide ou noirâtre qui se manifeste alors dans quelques parties de la peau, est accompagnée de phénomènes trop importans pour ne pas devoir fixer un instant notre attention. Supposons que le sang ait perdu sa consistance, et qu'il soit accumulé dans l'oreillette droite du cœur et dans le tronc des veines caves ; admettons en même temps que l'estomac soit distendu par des gaz, comme on l'observe particulièrement pendant l'été dans les cadavres des noyés, de ceux qui meurent peu de temps après avoir mangé, etc., le diaphragme sera refoulé dans la poitrine, et le sang dont nous avons parlé sera dirigé vers les parties supérieures et inférieures ; de là une série de phénomènes qui ont été parfaitement décrits par M. Chaussier : les veines de la tête et du cou se rempliront, la face se colorera et finira par prendre une teinte foncée, les yeux, déjà

obscurcis et affaissés, se rempliront et sembleront s'animer, la pupille se resserrera ; il pourra s'écouler par les narines du sang clair et brunâtre provenant de la rupture de quelques vaisseaux de la membrane pituitaire, ou du mucus visqueux et écumeux, poussé depuis les poumons jusqu'au dehors : le sang pourra également refluer des veines de l'abdomen vers les organes génitaux ; le scrotum et le pénis deviendront noirs au point de faire croire qu'il y a eu violence pendant la vie. Pour qu'il ne restât aucun doute sur la valeur de cette explication, M. Chaussier tenta des expériences qui doivent paraître concluantes : il introduisit dans l'estomac ou dans l'intestin des cadavres, un mélange fait avec de la farine et de la levûre de bière délayées dans une suffisante quantité d'eau ; il s'établit bientôt une fermentation qui donna lieu à un dégagement de gaz ; l'abdomen ne tarda pas à s'élever, à se distendre, et, bientôt après, la bouche et les narines se remplirent d'un fluide écumeux qui sortit en bulles plus ou moins abondantes par ces ouvertures. Mais, comme les mâchoires sont fortement rapprochées, dit ce savant, il arrive quelquefois qu'une partie des substances qui regorgent de l'estomac, entre par la glotte dans la trachée artère, et remplit toutes les bronches, surtout si la tête est élevée et le menton incliné sur le cou ; quelquefois aussi on a trouvé des vers dans la bouche, dans les cavités nasales et même dans les bronches. En faisant l'ouverture du corps d'un homme qui, quelques heures auparavant, avait mangé avec appétit du pain et du fromage de Gruyère, on vit dans la trachée un morceau de fromage semblable au précédent ; une

autre fois on y trouva des haricots cuits et à demi digérés.

Les vergetures ne sont autre chose que des lividités cadavériques traversées par des lignes, des sillons ou des plaques blanchâtres plus ou moins profondes ; elles sont évidemment le résultat de la pression exercée sur les parties livides par les vêtemens, les ligatures, etc. qui entourent le cadavre, ou par les aspérités du sol sur lequel il repose. Il est donc impossible de les confondre avec les ecchymoses qui auraient été faites avec des verges du vivant de l'individu. (*V.* Ecchymose, art. *Blessures.*)

Ecchymoses. Lorsque les cadavres se pourissent à l'air ou dans la terre, il arrive une époque où le sang, reprenant sa fluidité, se rassemble sous la peau et forme des espèces de tumeurs noirâtres auxquelles on a donné le nom d'*ecchymoses cadavériques*. Ces ecchymoses pourront être souvent distinguées de celles qui auront été faites du vivant de l'individu, 1° à leur situation : en effet, en supposant, comme il arrive presque toujours, que le cadavre soit couché horizontalement sur le dos, on les remarquera particulièrement à l'occiput et aux lombes ; il n'est pas rare cependant d'en observer dans les paupières et dans le scrotum, parties dont le tissu lamineux sous-cutané est fort lâche et facile à distendre ; 2° à l'odeur de putréfaction qu'exhalera le corps et à l'état de dissolution de toutes les parties : à la vérité ce caractère, pris isolément, serait insuffisant pour établir la distinction dont il s'agit, parce qu'il pourrait arriver que les ecchymoses eussent été faites pendant la vie, et que le cadavre ne fût examiné que lorsqu'il serait déjà pouri ; 3° à l'uniformité de la cou-

leur de la partie ecchymosée ; on sait que les ecchymoses faites chez un individu vivant n'offrent point la même couleur dans toutes leurs parties, surtout lorsqu'elles ne sont pas récentes ; on y remarque plusieurs nuances, d'autant plus foncées qu'on s'éloigne davantage de la circonférence, phénomène que l'on n'observe jamais dans les ecchymoses cadavériques.

Développement de certains gaz. Ainsi que nous l'avons déjà dit, l'estomac et les intestins sont quelquefois distendus par des gaz provenant de la fermentation des matières qu'ils renferment. La plèvre, le péricarde, les cavités droites du cœur, les veines caves et d'autres parties du système veineux, l'utérus, la cavité du péritoine et les aréoles du tissu cellulaire peuvent également être distendus par des gaz qui sont le résultat de la décomposition éprouvée par les fluides : c'est ce que l'on observe particulièrement après des morts promptes et violentes précédées de douleurs vives, de grands efforts, etc., et il suffit alors quelquefois de deux ou trois heures pour rendre le corps emphysémateux au point de le faire nager sur l'eau. On ne doit pas hésiter à rapporter au développement de ces bulles gazeuses dans les veines, un phénomène en apparence fort extraordinaire et dont les anciens avaient prétendu tirer une induction juridique, nous voulons parler de la *cruentation*, c'est-à-dire du suintement et même du jaillissement de sang par les plaies : faut-il s'étonner que le sang contenu dans les veines s'échappe par les ouvertures des vaisseaux d'une plaie, lorsqu'il est poussé par les gaz développés dans le système veineux ?

Coloration de plusieurs viscères, des vaisseaux san-

guins, etc. Il suffit d'avoir ouvert quelques cadavres d'individus morts depuis deux, quatre ou six jours, pour ne pas attribuer la coloration insolite de divers tissus à une maladie de ces tissus, ou à des violences exercées contre les individus, mais bien aux transsudations des différens fluides, qui se font après la mort : au reste il est aisé de se convaincre par des expériences directes, qu'il doit en être ainsi. Que l'on introduise dans un uretère, dont la couleur est parfaitement blanche, une certaine quantité de sang fluide, on ne tardera pas à observer, après avoir lié ses deux extrémités, que le tissu de ce conduit acquiert une couleur rouge. Cela posé, on se rendra aisément compte de la présence de stries de la même couleur le long de la partie interne des veines, de la coloration en rouge de toutes les tuniques de ces vaisseaux, de la surface interne des oreillettes, des ventricules du cœur et des troncs artériels qui contiennent du sang, de la couleur rouge du tissu cellulaire sous-cutané lorsque ses aréoles contiennent une sérosité sanguinolente, des taches rougeâtres ou brunâtres des portions de l'estomac qui sont en contact avec le foie et la rate. C'est à la transsudation de la bile qu'il faudra rapporter les taches d'un jaune verdâtre que l'on remarque sur la portion droite et ascendante du colon, sur le duodénum. Le sperme, l'urine et les matières stercorales finiront également par imprégner de leur odeur et de leur couleur les parties qui les environnent. La coloration des divers tissus dont nous venons de parler est d'autant plus marquée que le sang et les autres fluides offrent plus de liquidité ; aussi est-elle très-manifeste lorsque

le cadavre est déjà putréfié, ou que l'individu a succombé à une de ces affections dans lesquelles le sang reste fluide.

Congestions de sang et épanchemens de fluides séreux. Les vaisseaux du *cerveau* sont quelquefois gorgés de sang par l'effet de la mort, ce qui tient à la distension de l'estomac par des gaz, et au refoulement en haut du diaphragme et du sang contenu dans le côté droit du cœur. Les veines du *rachis* peuvent également être le siége d'un pareil engorgement, surtout chez les veillards et à la suite de certaines maladies : ce phénomène que l'on aurait tort d'attribuer à une violence antérieure, à une commotion de la moelle épinière, peut n'être qu'un effet de la mort, d'autant plus facile à concevoir que le plus souvent le cadavre reste couché horizontalement sur le dos.

Mais c'est particulièrement dans les *poumons* que l'on remarque les congestions sanguines dont nous parlons. Si l'*agonie n'a pas été longue*, la portion des poumons qui était la plus déclive au moment du *refroidissement* du cadavre, sera engorgée ; si, comme il arrive le plus ordinairement, l'individu est couché sur le dos au moment de la mort, et que le cadavre n'ait pas été retourné, la congestion sanguine se trouvera dans la portion dorsale des poumons ; elle occupera au contraire leur partie antérieure ou leur partie inférieure, si au moment de la mort l'individu était couché sur le ventre ou dans une situation verticale, comme dans la suspension, et que l'on n'ait point changé l'attitude du cadavre pendant le refroidissement. Si on retourne le cadavre immédiatement après la mort, les poumons

présenteront à peine quelques traces d'engorgement dans la partie qui était la plus déclive quand l'individu a cessé de vivre; tout le sang s'accumulera dans les portions les plus déclives au moment du refroidissement. Si l'*agonie a été longue* ou que le malade ait succombé à une affection du thorax avec gêne considérable de la respiration, la congestion sanguine occupera la partie des poumons la plus déclive *au moment de la mort* : on a beau retourner sur le ventre le corps d'un pareil individu qui vient d'expirer étant couché sur le dos, l'engorgement sanguin se trouve dans la portion dorsale de la partie thorachique des poumons; celle qui est la plus déclive au moment du refroidissement offre à peine quelques traces de congestion. Il suit de ce qui précède que l'on se tromperait en voulant juger d'après la lividité de telle ou de telle autre partie des poumons, la situation de l'individu au moment de la mort ou du refroidissement du cadavre, puisqu'il est évident que l'on doit tenir compte aussi de la durée de l'agonie.

Nous avons mis les *épanchemens* de fluides séreux au nombre des phénomènes cadavériques ; en effet les cavités de l'arachnoïde, de la plèvre, du péricarde, du péritoine, de la tunique vaginale et de toutes les parties où le sang est accumulé, sont quelquefois le siége de pareils épanchemens; la gaîne méningienne du rachis peut également contenir une certaine quantité de sérosité limpide, jaunâtre ou visqueuse, quantité variable suivant la constitution du sujet et le temps où l'on en fait l'ouverture : cette indication doit suffire pour éviter de rapporter à une cause vul-

nérante ou à une maladie organique ce qui est l'effet de la mort.

TRENTE-DEUXIÈME LEÇON.

Article III.

De l'ouverture des cadavres.

L'ouverture juridique d'un cadavre ne doit être faite qu'en présence du magistrat ou de son commissaire. Le médecin doit procéder lui-même à cette opération. Ce n'est ordinairement que vingt-quatre heures après la mort *bien constatée*, que la loi permet d'ouvrir un cadavre, quoiqu'un état avancé de putréfaction ou un genre de mort excluant tout soupçon de vitalité puissent faire avancer le moment de cette ouverture; mais on peut se livrer de suite à l'examen extérieur du cadavre. Quand bien même le corps serait dans un état très-avancé de putréfaction, ce ne serait pas une raison pour se dispenser de l'examiner. Les magistrats appellent quelquefois l'homme de l'art pour faire un rapport sur des cadavres enterrés depuis long-temps, ou qui ont séjourné dans l'eau ou dans des fosses d'aisance; il arrive souvent alors que les lésions des parties molles ne peuvent être constatées, mais les solutions de continuité dans les parties dures sont parfaitement reconnaissables; il est même possible de recueillir dans les cavités, malgré leur état avancé de décomposition putride, des liquides ou des solides dont l'analyse peut servir à résoudre la question d'empoisonnement. (*Voyez* page 496, et tom. IIe, pag. 425.)

Il n'est pas nécessaire de dire qu'on ne doit jamais faire sur un cadavre d'incisions inutiles, ni briser les os, ni déchirer les parties molles; il faut au contraire que les coupes soient nettes, afin de ne point altérer la forme du corps, la face, etc. On doit tenir note de ce que l'on observe à mesure que l'on opère. Le local choisi pour faire l'ouverture sera, autant que possible, spacieux, aéré, bien éclairé; toutefois il convient de faire la première visite dans l'endroit même où le corps a été trouvé, le transport dérangeant nécessairement l'attitude, et pouvant changer l'état d'une plaie, d'une fracture, d'un engorgement sanguin, etc. Les instrumens nécessaires sont : une table solide assez longue pour y étendre le corps, des scalpels, des ciseaux, des érignes, des pinces, un tube, des bougies, des sondes, des stilets, un compas, une seringue, un mécomètre, (1) des aiguilles courbes et droites, de la ficelle, du gros fil, des éponges, des vases remplis d'eau, un couteau

(1) *Mécomètre* de μηχος, longueur, et de μετρον, mesure. Instrument inventé par M. Chaussier, et composé d'une règle en bois ou tige carrée, longue d'un mètre, divisée sur deux côtés opposés en décimètres, etc.; une lame de cuivre qui est arrêtée à angle droit à une extrémité de cette tige, donne un point fixe; il y a en outre un curseur de même forme et de même métal qui glisse sur la tige, et que l'on peut à volonté écarter et rapprocher du point fixe, et même arrêter au moyen d'une vis; on peut avoir par ce moyen la longueur du corps que l'on mesure, et la division exacte en centimètres, millimètres, etc. (Chaussier, thèse de Lecieux.) A défaut de cet instrument, on peut en employer un semblable à celui dont les cordonniers se servent pour prendre mesure.

droit fort bien tranchant, une scie droite, une autre convexe sur son tranchant, un trépan avec une large couronne, une lame tronquée d'un tranchant ferme et bien affilé, un couteau mince et flexible, un élévatoire, un coin, un marteau.

Précautions à prendre avant l'ouverture du cadavre. Il faut examiner si le lieu où le corps a été trouvé est éloigné ou non de la voie publique, des habitations; si c'est une mare, une fosse d'aisance, un endroit sec, humide, chaud ou froid; si le cadavre était dans l'eau ou sous terre; si on voit auprès de lui des lacets, des cordes, de la charpie, de l'étoupe, ou un instrument meurtrier; quelle est la situation de celui-ci par rapport au corps: s'il est placé dans l'une des mains du cadavre, il faudra s'assurer s'il a été bien saisi par lui, ou s'il n'a été placé ainsi qu'après coup; circonstance fort importante pour distinguer l'homicide du suicide, et qui peut être singulièrement éclaircie par le degré plus ou moins marqué de contraction des doigts sur le corps vulnérant. S'il y a du sang répandu dans le voisinage, les traces en seront suivies, et la quantité qui a pu s'écouler des blessures sera approximativement calculée. On notera l'heure précise à laquelle le cadavre a été découvert, sa position, son attitude; s'il est enveloppé, on recherchera si les vêtemens offrent des traces de sang ou de tout autre fluide, s'ils sont déchirés et souillés de boue, d'excrément ou de poussière. On le déshabillera avec précaution et on examinera avec la plus grande attention quelle est la couleur des différentes parties du corps, si la peau est couverte d'un enduit sébacé, si l'épiderme se dé-

tache. Si on observe des contusions, des excoriations, des piqûres ou d'autres blessures (*voyez* Blessures), on en indiquera la situation, la forme, la longueur, la largeur et la profondeur, à l'aide des doigts, des sondes, des stilets, des bougies, du compas, etc. On aura soin de déterminer si les taches livides que l'on remarque sont des ecchymoses, des lividités cadavériques, ou des vergetures. (*Voyez* Mort.) Pour ne rien laisser à désirer à cet égard, on étudiera successivement toutes les parties du corps : ainsi on notera si la tête n'est point déformée, si elle ne présente point de tumeur, d'enfoncement, de lésion extérieure, aux fontanelles, aux sutures; si les oreilles, les yeux, le nez, la bouche, ne contiennent aucun corps étranger, comme du foin, de la paille, de la boue, de l'étoupe, etc.; si le col n'offre aucune tache circulaire, oblique, ou digitale, ou des traces d'une autre impression, si l'articulation de la tête avec la première vertèbre cervicale ne jouit point d'une mobilité insolite; si le thorax est bombé ou aplati; s'il n'existe point au dessous du sein, dans la région du cœur, quelque trace de piqûre; si en appuyant sur le sternum et sur l'épigastre, on ne voit point sortir par la bouche ou par les narines des fluides écumeux, séreux, sanguinolens, etc.; si l'abdomen est tendu, résistant, mou; si le cordon ombilical est détaché ou non, et dans ce dernier cas, s'il est flétri, desséché ou mou, gros, etc.; si le nombril est rouge, en suppuration, cicatrisé, etc.; si les membres présentent la disposition, la forme et la consistance qui leur sont propres; s'ils sont luxés ou fracturés, ce que l'on connaîtra en les pressant avec

les doigts, en leur imprimant divers mouvemens, et surtout en les incisant; cette dernière opération est encore indispensable pour juger s'il y a du sang épanché sous les aponévroses, dans le tissu des muscles, et même à la surface des os longs. L'état plus ou moins avancé de putréfaction du cadavre sera soigneusement remarqué, et on devra avoir égard aux circonstances de température, de climat, de localité qui ont pu avancer cette désorganisation. (*Voyez* page 477.)

Si la nature peu favorable de l'endroit où le corps a été trouvé, ne permet point d'en faire l'ouverture, et que le transport soit jugé indispensable, le médecin n'abandonnera pas un instant le cadavre; il aura soin que dans cette opération, rien ne puisse l'endommager ou en augmenter les lésions; il le fera en conséquence transporter de préférence sur une civière, le cahotage d'une charrette pouvant opérer des changemens dans le rapport des parties; si l'autorité n'a point de brancard à sa disposition, le corps sera placé dans la voiture sur un lit de paille, et la tête sera fixée de manière à rendre les mouvemens moins sensibles; on bouchera avec soin les ouvertures par où peuvent s'écouler les liquides dont il est important de faire l'analyse. Le corps arrivé au lieu de sa destination, il faudra, si l'on croit nécessaire de faire un nouvel examen des blessures, chercher à le mettre dans la même situation que celle où il a été trouvé. Si l'heure avancée de la journée, le défaut d'instrumens nécessaires, ou d'autres raisons, ne permettaient point de faire de suite l'ouverture, il faudrait prévenir la putréfaction du cadavre, en le plaçant, autant que possible, dans un en-

droit frais; on pourrait même le couvrir de glace, de charbon, de sable bien fin, répandre sur lui des liquides alcoholiques.

Avant de procéder à l'ouverture du cadavre d'un fœtus, on lave et on essuie toutes les parties du corps; on le pèse, on détermine sa longueur ainsi que celle des membres thorachiques et abdominaux, des pieds, de la tête; on note la hauteur du corps de l'os maxillaire inférieur, et surtout on cherche à apprécier si l'insertion du cordon ombilical correspond au milieu ou à toute autre partie du corps; on tient compte de l'état des cheveux, des poils, des ongles, des paupières et des proportions respectives de la tête, du thorax et de l'abdomen.

S'il s'agit d'un adulte, on relève exactement le signalement, quand bien même il porterait sur lui des papiers indiquant son nom et sa profession; car ces papiers peuvent avoir été substitués par les assassins, pour donner le change. La taille est mesurée avec soin; on note la couleur des cheveux, l'état des dents et tous les caractères propres à faire juger l'âge de la personne et l'époque de sa mort. (*Voyez* AGES.)

Supposons maintenant le cas où l'autorité ordonnerait l'exhumation d'un cadavre, plusieurs jours ou plusieurs mois après la mort de l'individu: il faudrait alors prendre des précautions d'un autre genre qu'il importe de faire connaître : 1° on emploierait un nombre d'hommes suffisant pour que l'exhumation fût faite promptement; 2° on se servirait de préférence de bêches, afin que la face des ouvriers ne fût pas trop rapprochée du sol où gissent les cadavres; et, à mesure qu'on

fouillerait, on aurait soin d'arroser avec une liqueur composée de six onces de *chlorure de chaux* dissous dans quinze à dix-huit livres d'eau (1); la bouche et les narines des fossoyeurs seraient garnies d'un mouchoir trempé dans du vinaigre; on laisserait un intervalle marqué entre chaque arrosement; 3° lorsqu'on serait arrivé à l'endroit où se trouve le cercueil ou le cadavre, on y jetterait sept ou huit livres de la dissolution mentionnée; si le cerceuil n'était pas endommagé, on le retirerait tout entier; s'il était brisé et qu'il répandît une odeur infecte, on en dérangerait avec précaution une des planches, et l'on ajouterait assez de liqueur désinfectante pour le couvrir, ainsi que le cadavre: il suffit, dans la plupart des cas, de laisser macérer ainsi le corps pendant quelques minutes, dans trois cents livres d'eau tenant en dissolution trois ou quatre livres de *chlorure de chaux*, pour lui donner plus de consistance et détruire l'odeur fétide; 4° on retirerait le cadavre du cerceuil, on l'exposerait à l'air pendant quelques minutes, puis on commencerait les recherches; 5° si la putréfaction était moins avancée, ou que par un motif quelconque il fût impossible de plonger le corps entier dans le bain dont nous parlons, on répandrait sur sa surface quelques verrées de la même dissolution : c'est ainsi que nous avons procédé lors

(1) On prépare ce chlorure en mettant dans l'eau de la chaux éteinte, et en poudre fine, et en la saturant de chlore gazeux : il ne s'en produirait pas un atome si l'on employait de la chaux vive ou du marbre.

de l'exhumation que nous avons été chargé de faire le 1[er] août 1823 (*Voyez* page 496). A peine avions-nous jeté deux ou trois pintes de cette liqueur sur le cadavre, que l'odeur fétide avait disparu comme par enchantement.

Manière de procéder à l'ouverture du cadavre d'un adulte. On nous accusera peut-être de prolixité, en nous voyant consacrer quelques pages à la description d'une opération en apparence si simple, et que l'on pratique tous les jours : un pareil reproche ne serait point fondé, car il est démontré que, dans la plupart des cas, les ouvertures juridiques des cadavres sont faites avec très-peu de soin, et d'après une méthode vicieuse; ce qui empêche d'en tirer tout le parti convenable. Voici comment il faut procéder.

Crâne. On rase ou on coupe les cheveux, puis on fait deux incisions qui pénètrent jusqu'à l'os : l'une, longitudinale, s'étend depuis la racine du nez jusqu'à la partie postérieure du cou; l'autre, transversale, commence à une oreille, et se termine à celle du côté opposé, en passant sur le sommet de la tête. Les quatre lambeaux provenant de ces incisions sont détachés, à l'aide du scalpel, et renversés; alors on trace, avec la pointe du bistouri, une ligne circulaire qui doit passer un peu au-dessous des arcades surcilières, de la racine des arcades zygomatiques et de la protubérance externe de l'occipital. On scie les os dans la direction de cette ligne, que l'on doit considérer comme une sorte de conducteur, et l'on évite soigneusement d'entamer les méninges; pour cela il est préférable de rester en deçà que de dépasser l'épaisseur de l'os dans certains

points, d'autant mieux qu'il suffit de frapper légèrement avec un marteau sur un coin ou sur un couteau tronqué placé dans les parties qui n'ont pas été atteintes, pour diviser celles-ci. On soulève alors la calotte du crâne avec un ciseau, et on détruit les adhérences de la dure-mère en faisant glisser entre cette membrane et les os un couteau mince et flexible. Pour mettre le *cervelet* à découvert, on enlève la calotte dont nous venons de parler, et on applique deux traits de scie qui se dirigent obliquement de chacune des régions mastoïdiennes vers le trou occipital. La plupart des anatomistes, après avoir incisé les parties molles du crâne jusqu'à l'os, enlèvent la calotte à coups de marteau : ce procédé, beaucoup plus expéditif que celui qui vient d'être décrit, offre des inconvéniens tellement frappans, surtout lorsqu'il s'agit d'une ouverture juridique, qu'il nous semble inutile de les signaler : toutefois, comme il pourrait se faire que l'homme de l'art n'eût pas à sa disposition les instrumens nécessaires pour faire l'ouverture d'après la méthode que nous avons indiquée, il importe de savoir qu'il est préférable en pareil cas d'employer un marteau non fendu.

Après avoir ouvert le crâne, on incise la dure-mère pour mettre le cerveau à nu.

Rachis. Le cadavre étant couché sur le ventre, de manière à ce que la tête et les membres abdominaux soient pendans, et l'abdomen et le cou soulevés, l'on pratique deux incisions, l'une longitudinale, qui s'étend du milieu de l'occipital jusqu'à l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre des lombes; l'autre trans-

versale, qui va de l'apophyse mastoïde d'un côté à celle du côté opposé; on détache la peau et la masse des muscles jusqu'à l'origine des côtes; puis, avec la scie, on divise les lames des vertèbres, en se rapprochant autant que possible des apophyses transverses. Si, comme il arrive le plus souvent, la séparation de cette portion osseuse n'était point complète, il faudrait l'achever en frappant avec un marteau sur un coin ou sur un couteau tronqué placé obliquement dans les traits de scie. On incise le canal de la dure-mère, et l'on voit la moelle épinière; mais, comme l'observe M. Béclard, on ne peut apercevoir, en suivant ce procédé, que le quart ou tout au plus le tiers de sa circonférence: « il faudrait, dit-il, pour pouvoir étudier convenablement cet organe, détacher les côtes de la colonne vertébrale, et diviser celle-ci dans le pédicule de la masse apophysaire de chaque vertèbre. » L'ouverture des autres cavités aurait dû précéder celle du rachis.

Thorax et Abdomen. On pratique de chaque côté une incision qui va de la partie moyenne et supérieure du sternum jusqu'aux pubis, en passant par la partie moyenne des côtes et par l'épine antérieure et supérieure de l'os iliaque : ces incisions ne doivent comprendre au niveau de l'abdomen que les tégumens. Alors on scie toutes les côtes, excepté la première, en ayant soin de les soulever à mesure qu'on les coupe, pour ne pas intéresser les poumons. A l'aide d'un autre trait de scie, on divise transversalement la partie supérieure du sternum, que l'on renverse ensuite en coupant les attaches du diaphragme, le ligament suspenseur du foie, et la faux de la veine ombilicale;

il ne reste plus alors qu'à soulever le lambeau et à couper les muscles de l'abdomen qui n'avaient pas été incisés. Ce lambeau étant renversé sur les cuisses, on aperçoit les viscères dans une grande partie de leur étendue. Si par hasard on ne voulait ouvrir que la poitrine, on procéderait comme il vient d'être dit, excepté qu'on ne scierait point les deux dernières côtes, et qu'on ne couperait ni le diaphragme ni les muscles abdominaux : il serait donc inutile de prolonger l'incision jusqu'aux pubis. L'examen du canal digestif, dans un cas d'empoisonnement, exigerait un certain nombre de précautions que nous ferons connaître plus tard. (*Voy.* tome II, page 371.)

Pharynx, Trachée-artère. Le cou étant fortement tendu, on fait deux incisions, l'une longitudinale, qui s'étend du milieu de la lèvre inférieure jusqu'au sternum; l'autre transversale, qui va depuis un des angles de la mâchoire inférieure jusqu'à l'autre : après avoir détaché les lambeaux qui en résultent au cou, on scie la mâchoire dans sa partie moyenne; les deux portions de l'os sont alors facilement écartées, et l'on n'a plus pour découvrir toute l'étendue du pharynx, qu'à abaisser la langue et à diviser les piliers du voile du palais. Il suffit, pour parvenir jusqu'à l'intérieur du *larynx* et de la *trachée-artère*, d'inciser l'isthme et la glande thyroïde par sa partie moyenne, et de renverser les deux lambeaux.

Bassin. On fait une incision qui va de la branche supérieure du pubis jusqu'au delà de l'ischium, en passant vers le milieu du trou obturateur (sous-pubien); on scie la branche du pubis et l'ischium dans

la direction de cette ligne; on coupe les muscles, et on peut apercevoir les organes contenus dans l'excavation du bassin.

Il est toujours indispensable d'ouvrir les trois cavités splanchniques; la plupart des rapports pourraient être frappés de nullité si on avait négligé ce précepte. L'homme de l'art qui n'aurait point rempli cette formalité serait beaucoup plus coupable encore, s'il se permettait de décrire l'état des organes renfermés dans une des cavités qu'il n'aurait pas ouverte. M. Briand rapporte qu'en 1816, les sieurs D. et N., officiers de santé, furent appelés pour faire l'examen juridique du cadavre de N., meunier dans la commune de P., lequel avait été trouvé *debout, la figure appuyée contre la pente très-douce de la chaussée de son étang, les bras étendus, le chapeau sur la tête, et seulement recouvert de deux ou trois pouces d'eau, les pieds étant enfoncés de six pouces dans la vase.* Ces experts omettent d'ouvrir le crâne, et disent néanmoins qu'ils ont trouvé le cerveau engorgé. Ce sujet n'offrant aucune trace de violence extérieure, il était naturel de conclure que la submersion avait eu lieu par accident; mais la clameur publique, qui ne cherche que des coupables, dirige des soupçons sur le sieur H., voisin et ami du défunt. Une contre-visite est ordonnée, et il est constaté que *l'ouverture du crâne n'a pas été faite.* Les premiers rapporteurs sont traduits devant la cour d'assises du département d'Ille-et-Villaine, accusés *d'avoir constaté comme vrai un fait faux, dans un procès verbal qu'ils rédigeaient en qualité d'officiers publics : parce qu'ils avaient déclaré qu'ouverture faite du cadavre*, dont ils

étaient chargés de constater l'état et les causes de mort, *ils avaient donné une attention particulière aux viscères et organes de la tête, ainsi qu'au cerveau, qu'ils ont trouvé engorgé....* (Extrait de l'acte d'accusation.) Ils furent acquittés, par la raison que, les gens de l'art n'étant point des officiers publics, mais de simples arbitres, il ne pouvait y avoir lieu à condamnation contre eux, en vertu de la disposition de l'art. 146 du Code pénal. Le sieur H. fut aussi déclaré innocent. Une longue détention, des débats toujours pénibles pour les accusés, une procédure dispendieuse, tel fut le résultat de l'oubli du principe le plus simple de la médecine judiciaire.

S'il y avait épanchement de sang dans une des cavités dont nous venons de parler, on enleverait avec la main les caillots qui pourraient s'y trouver, et, avec une éponge, on absorberait toute la portion fluide, afin de découvrir plus facilement l'ouverture du vaisseau lésé.

Manière de procéder à l'ouverture du cadavre d'un fœtus ou d'un enfant nouveau-né. Pour examiner l'encéphale, il faut, d'après M. Chaussier, après avoir dénudé le crâne, comme il a été dit, faire avec la pointe du scalpel une petite incision à la commissure membraneuse qui unit l'os frontal au pariétal; à l'aide de cette ouverture, qui comprend l'épaisseur de la dure-mère, on introduit la lame des ciseaux, et on coupe successivement les commissures qui l'unissent à l'os frontal, au temporal et à l'occipital; mais il faut éviter d'ouvrir le sinus latéral de la dure-mère, qui est toujours rempli de sang fluide; il importe pour cela de s'éloigner de l'angle mastoïdien du temporal. Lorsqu'on

a coupé les commissures membraneuses sur les trois bords de l'os, on le soulève, on le renverse vers le sommet de la tête, et on le coupe dans son épaisseur à quelque distance de la ligne médiane, afin de ne point ouvrir les veines qui se rendent au sinus longitudinal ; on enlève avec les mêmes précautions la portion de l'os frontal ; l'on découvre ainsi la plus grande partie d'un des lobes du cerveau ; on fait ensuite la même opération sur le côté opposé.

L'ouverture du rachis, du thorax, du bassin, de l'abdomen et de la bouche se fait comme chez l'adulte, excepté que l'on emploie des ciseaux, au lieu de scie, pour couper les os.

Plusieurs des procédés dont nous venons de parler doivent être modifiés suivant les circonstances. Ainsi, s'il y avait une blessure au côté droit de la tête, ou que l'on soupçonnât un épanchement du même côté, il faudrait n'enlever d'abord que la partie gauche du crâne, afin de conserver entière toute la partie droite ; après avoir détaché les tégumens, on ferait avec la scie, ou avec les ciseaux, une coupe demi-circulaire qui s'étendrait du milieu de l'os frontal à la partie moyenne de l'occipital, et une autre longitudinale dans la direction de la ligne médiane, qui commencerait à l'os frontal pour se terminer à l'os occipital : en enlevant cette tranche osseuse, on aurait une ouverture assez grande pour détacher et enlever facilement toute la partie gauche du cerveau. Si la blessure était au front on procéderait de manière à conserver toute la région frontale, c'est-à-dire que l'on ferait deux coupes, l'une transversale, qui, de la région temporale d'un côté,

s'étendrait à l'autre en passant par le sommet du crâne; l'autre, demi-circulaire, qui, de l'os occipital, s'étendrait, à droite et à gauche, aux deux régions temporales, et se réunirait aux extrémités de la coupe tranversale.

Si l'un des côtés du *thorax* était le siége d'une fracture, d'une plaie pénétrante, etc., il faudrait couper les côtes du côté sain avec la scie ou les ciseaux, depuis la seconde jusqu'à la huitième; puis, avec le scalpel courbé en serpe, on couperait près du sternum les cartilages des seconde, troisième, quatrième, cinquième, sixième et septième côtes, et, avec la pointe du scalpel, on acheverait de séparer en haut ce large segment, que l'on renverserait du côté de l'abdomen; on procéderait ensuite de la même manière à l'ouverture de l'autre côté. (*Chaussier,* Tableaux synoptiques, et *Renard,* Dissert. inaugurale sur l'ouverture des cadavres.)

Il est inutile de dire que le médecin doit noter exactement toutes les lésions qu'il découvre dans les muscles, les nerfs, les vaisseaux, les viscères, etc., à mesure qu'il fait l'ouverture du corps; il ne doit jamais manquer d'examiner le genre de ces lésions, la direction précise des plaies, les organes qui ont pu être atteints; il doit surtout noter s'il y a phlogose, suppuration, gangrène, épanchement, etc. : nous avons déjà indiqué dans l'article précédent, quelles étaient les altérations des solides et des liquides, que l'on serait tenté de regarder, au premier abord, comme étant la suite d'une violence extérieure, et qui sont l'effet de la mort.

Manière de procéder à l'ouverture d'un animal quadrupède. L'homme de l'art est requis, dans quelques

cas de médecine légale, pour ouvrir un quadrupède. La méthode indiquée pour faire l'ouverture du crâne et du rachis peut être suivie sans inconvénient; quant au thorax et à l'abdomen, il faut, après avoir couché le corps sur le côté droit et avoir soulevé le membre antérieur du côté gauche, couper transversalement les muscles qui se rendent de l'épaule au thorax; alors on renverse ce membre en haut et en dehors, pour découvrir toute la paroi gauche de la poitrine; on scie les côtes à leurs extrémités dorsale et sternale, ce qui donne un lambeau fort large que l'on renverse du côté de l'abdomen. Pour examiner les viscères abdominaux, on fait une incision longitudinale qui s'étend depuis la dernière fausse côte, et près des vertèbres des lombes, jusqu'aux pubis, en côtoyant la crête de l'ilium.

Précautions à prendre après avoir fait l'ouverture du cadavre. Le docteur *Renard* a consigné dans sa Dissertation inaugurale, un certain nombre de propositions relatives à cet objet, qu'il nous semble utile de faire connaître. 1° Les recherches faites sur le cadavre étant terminées, on rassemble toutes les parties, on les remet dans leur situation première, on fait coudre à grands points toutes les incisions, on nettoie le corps, et on l'enveloppe dans un grand drap que l'on fait coudre, et qui est ensuite scellé par le commissaire; on le dépose dans le cercueil. 2° C'est à tort que, dans le dessein d'absorber des liquides épanchés, on remplit les cavités splanchniques de son, de sciure de bois, de cendres, de chaux vive, etc.; car ces poudres changent tellement l'aspect des parties, que l'on aurait beaucoup de peine à retrouver ce qu'on

aurait annoncé dans un premier rapport, si on était obligé de faire de nouvelles recherches sur le cadavre. 3° On doit éviter, autant que possible, d'emporter un viscère ou toute autre partie du cadavre; et, si l'on y était forcé, il faudrait en faire mention dans le procès verbal. 4° La partie ainsi détachée serait enveloppée dans un linge que l'on renfermerait dans un pot bien bouché dont on ne confierait le transport qu'à des personnes sûres; sans cela la pièce pourrait disparaître ou être changée. 5° Les parties molles du cadavre que l'on croirait devoir conserver seraient nettoyées et placées dans un bocal que l'on remplirait d'alcohol, et que l'on boucherait fort exactement. 6° Si pendant l'ouverture du corps le médecin s'était fait quelque piqûre aux doigts, il devrait cautériser les parties entamées, et rester sans inquiétude sur les suites; cette précaution serait indispensable surtout si on faisait l'ouverture d'un sujet mort depuis quelque temps, ou atteint d'une maladie putride et contagieuse. 7° Les précautions à prendre dans le cas d'empoisonnement seront indiquées à la page 371 du tome II.

TRENTE-TROISIÈME LEÇON.

Présomptions de survie.

Lorsque plusieurs membres d'une famille périssent à la suite d'un incendie, d'un écroulement ou de tout autre accident, il importe de décider lequel est mort le premier, afin de régler l'ordre des successions : on conçoit, en effet, que celui qui a péri le dernier a hérité, et que la succession doit être transmise à son

héritier légitime. Voici l'état de la législation actuelle sur cet objet.

« Si plusieurs personnes respectivement appelées à la succession l'une de l'autre périssent dans un même événement *sans qu'on puisse reconnaître laquelle est décédée la première*, la présomption de survie est déterminée par les circonstances du fait, et à leur défaut par la force de l'âge et du sexe. » (Code civil, art. 720.)

« Si ceux qui ont péri ensemble avaient moins de quinze ans, le plus âgé sera présumé avoir survécu.

« S'ils étaient tous au-dessus de soixante ans, le moins âgé sera présumé avoir survécu.

« Si les uns avaient moins de quinze ans, et les autres plus de soixante, les premiers seront présumés avoir survécu.

« Si ceux qui ont péri ensemble avaient quinze ans accomplis, et moins de soixante, le mâle est toujours présumé avoir survécu lorsqu'il y a égalité d'âge, ou si la différence qui existe n'excède pas une année.

« S'ils étaient de même sexe, la présomption de survie, qui donne ouverture à la succession dans l'ordre de la nature, doit être admise; ainsi le plus jeune est présumé avoir survécu au plus âgé. » (Code civil, art. 721 et 722.)

Chabot (de l'Allier) remarque, à l'occasion de ces articles, que la loi n'a point prévu le cas où l'une des personnes péries dans le même événement, avait moins de quinze ans, et l'autre plus de quinze, mais moins de soixante. Il est évident, dit-il, que celle-ci doit être présumée avoir survécu, parce qu'elle avait plus de force : cela résulte nécessairement, et de la disposition de l'article 720, qui porte, que la présomption de survie doit être déterminée par la force de l'âge, et de tous les motifs qui ont fait admettre les distinctions établies dans les articles 721 et 722. (Commentaire sur les successions, tome I, page 48.)

Il résulte évidemment de ces dispositions, que le législateur ne juge les questions de survie d'après la

force de l'âge et du sexe, qu'autant qu'il est impossible de déterminer les circonstances du fait par la preuve testimoniale, etc. Adopterons-nous avec M. Fodéré, que l'autorité doit consulter les gens de l'art pour obtenir des éclaircissemens sur quelques-unes de ces circonstances, ou bien admettrons-nous, avec Belloc, Mahon et quelques autres auteurs, que le problème dont il s'agit étant au-dessus des ressources de la médecine, il vaut mieux laisser agir la loi en aveugle, que de prétendre mal-à-propos l'éclairer par des conjectures vagues? La lecture attentive des observations et des raisonnemens mis en avant par le professeur Fodéré, qui est, sans contredit, l'auteur qui a fait le plus d'efforts pour atteindre le but, nous semble prouver jusqu'à l'évidence qu'il est beaucoup plus raisonnable de partager l'avis de Belloc et de Mahon. Toutefois nous croyons devoir mettre le lecteur à même de juger la question, en lui présentant un sommaire rapide du travail de M. Fodéré. On parvient, dit cet auteur, à estimer que dans un accident commun tel individu est mort plus tôt que tel autre, 1° en ayant égard à l'état et aux conditions des personnes; 2° en examinant les lésions que présentent les cadavres.

Etat et condition des personnes. Les *indices* que M. Fodéré croit pouvoir tirer de l'état et de la condition des personnes sont relatifs à l'âge, au sexe, au tempérament, à l'habitude du corps, aux maladies, aux forces corporelles et aux affections de l'âme. — *Age.* Les enfans, les impubères et les personnes très-avancées en âge succomberont, en général, plutôt dans un danger commun, que les adultes, les jeunes gens et ceux qui

se trouvent placés dans l'âge viril ou au commencement de la vieillesse. Cette règle peut avoir des exceptions. — *Sexe*. Tout étant égal d'ailleurs, les femmes périront avant les hommes, à moins qu'elles ne soient plus réglées, car, alors, elles doivent être assimilées aux hommes, sous le rapport de la mortalité. Cependant les femmes pourront résister plus que les hommes, parce qu'ayant la poitrine plus large, elles souffriront moins du défaut de respiration, et parce que perdant facilement le sentiment, elles évitent une grande partie des horreurs du péril. — *Tempérament*. Celui qui est doué d'un tempérammment pituiteux meurt le premier, vient ensuite le mélancolique, puis le sanguin, et le bilieux; on doit avoir égard aux nuances qui les compliquent et aux diverses circonstances qui modifient la constitution élémentaire. — *Habitudes du corps*. On peut estimer qu'une personne grasse par l'effet de sa nourriture meurt avant celle qui l'est d'origine, et si un maigre et deux gras succombent dans un danger commun, le gras *par nature* meurt le premier, puis le gras *par accident*, ensuite le maigre de constitution. Il pourrait cependant y avoir une exception à cette règle, dans les cas de naufrage ou de submersion; c'est-à-dire qu'un gras pourrait survivre à un maigre. — *Maladies*. Il est naturel de penser que les malades opposent moins de résistance que ceux qui se portaient bien avant l'accident; dans le cas où plusieurs individus atteints de fièvre *aiguë* auraient péri, ceux qui étaient attaqués de fièvre maligne seraient morts les premiers. Parmi les maladies chroniques, celle qui accélère le plus la mort, est le scorbut; viennent ensuite

l'asthme, la dyspnée, l'hémoptysie, la phtisie, le catarrhe pulmonaire, l'hydrothorax, la syncope, les affections du cœur ou des gros vaisseaux, les palpitations, les vertiges, les affections soporeuses, l'épilepsie, la catalepsie, le coma et les convulsions. — *Forces corporelles* et *affections de l'âme*. On pourrait conclure, avec une sorte de fondement, dans le cas où des personnes élevées dans la mollesse, dans l'ignorance, dans le luxe et dans l'opulence, auraient partagé un péril avec des hommes instruits des sciences physiques, et forts de l'expérience que donne l'éducation et les voyages, que ces derniers auront survécu aux premiers; qu'ainsi si le père et le fils étaient morts ensemble, le père encore dans une verte vieillesse, et doué de cette force d'âme qu'on acquiert ordinairement dans une fortune médiocre; le fils devenu par un de ces jeux du hasard un personnage élevé au milieu des flatteurs, dans l'ignorance de tous les accidens de la vie humaine; il y aurait *la plus grande vérité* à penser que le fils serait mort avant le père, et ainsi de suite dans les cas analogues. — *Examen des cadavres.* Les signes tirés de l'examen des cadavres sont équivoques ou certains, d'après M. Fodéré. Les premiers sont la coloration de la peau des cadavres, leur température, la rigidité ou la flexibilité des membres, l'obscurcissement des yeux, l'état plus ou moins avancé de la putréfaction, etc. C'est avec raison que M. Fodéré regarde ces caractères comme équivoques, puisqu'ils présentent des différences trop marquées par rapport à l'époque de leur apparition, à leur intensité, etc., comme nous l'avons déjà dit en parlant de la mort: on

ne pourrait tout au plus fonder quelques conjectures sur leur ensemble, que dans les cas où certains individus seraient morts plusieurs heures ou plusieurs jours après les autres, et encore faudrait-il alors tenir compte d'une foule de circonstances difficiles à apprécier. — Les *signes certains* de prédécès sont les violences et les blessures faites à la tête et au cœur, préférablement à toute autre partie; viennent ensuite les blessures du poumon, des viscères de l'abdomen, puis celles des membres. « Ainsi, par exemple, lorsqu'en retirant plusieurs cadavres de dessous des décombres, on en voit dont les uns ont été maltraités, et dont les autres sont intacts, on peut présumer que la mort a frappé ici seule et par suffocation, et que là elle a été aidée de corps contondans, à l'action desquels les individus se sont trouvés plus immédiatement exposés, et l'on peut présumer aussi qu'en conséquence ceux-ci ont dû mourir les premiers; que si tous ces cadavres sont maltraités, on pourra dire que ceux qui portent des marques de violence absolument mortelles, ont été plus exposés aux effets du désastre que ceux qui n'ont que des plaies ou des lésions qui ne seraient pas absolument mortelles. » — « De même, dans un incendie, lorsque nous voyons que telle personne n'a été que suffoquée par l'ardeur des flammes, que telle autre a été brûlée en partie, et qu'une troisième a la tête ou une autre partie considérable du corps entièrement consumée, nous ne pouvons que *présumer* que cette dernière est morte la première, puis l'autre, et que celle qui est intacte a survécu aux deux autres. » La situation respective des personnes

dans l'endroit de la scène, doit aussi fixer l'attention du médecin ; celles qui sont plus éloignées de l'intensité du fléau, ont pu essayer de sortir de la maison, de la ville, et mourir dans l'attitude des fuyards ; or, cette attitude seule *indique* qu'elles ont succombé les dernières.

Telles sont les règles générales qui, suivant M. Fodéré, doivent servir de guide dans la solution du problème qui nous occupe : ces préceptes, comme nous l'avons déjà fait entrevoir, nous paraissent trop vagues, trop inexacts et sujets à un trop grand nombre de restrictions, pour pouvoir être de quelque utilité ; aussi ne sommes-nous pas étonnés « que les juges aient presque toujours donné la préférence aux lois positives, et qu'ils se soient rarement décidés, en semblable matière, d'après les avis des médecins. » (*Fodéré*, Méd. légale, tome II, p. 226.)

Si de l'examen des principes généraux, nous passons aux applications faites par M. Fodéré aux différens cas particuliers, nous aurons occasion de nous convaincre encore qu'il a abordé un sujet que, dans l'état actuel de la science, on doit regarder comme étant au-dessus des forces humaines.

Mort par privation de nourriture et de boisson. 1° Les personnes les plus jeunes meurent les premières. 2° Les hommes périssent avant les femmes. 3° Les individus d'une complexion maigre et d'un tempérament bilieux, meurent avant ceux qui sont dans des conditions opposées. 4° Les personnes les plus vivaces et sujettes aux maux de nerfs, résistent plus long-temps que les autres. 5° Celles qui auront pu boire, et qui

seront restées dans un lieu humide, périront plus tard que les autres. 6° Les cadavres qui offrent les traces les plus manifestes de désorganisation, appartiennent aux personnes qui ont succombé les premières.

Mort par congélation. Les individus les moins accoutumés au froid, succombent les premiers. Les hommes valétudinaires, les enfans, les vieillards avancés en âge, les femmes, et en général tous ceux qui sont censés être le moins *fournis de forces vitales*, périssent avant les autres.

Mort par excès de chaleur. On doit établir les présomptions de survie, d'après les mêmes bases que dans le paragraphe précédent.

Submersion. Dans l'asphyxie par submersion avec engouement, il est présumable que l'on périt plutôt lorsque la tête tombe la première, que dans les cas où c'est une autre partie du corps qui plonge d'abord. Les individus qui viennent plusieurs fois à la surface de l'eau, avant d'être ensevelis par les flots, vivent plus long-temps que ceux qui restent constamment au fond, ou au milieu du liquide. Les hommes qui jouissent de la faculté de suspendre l'exercice de la respiration, succomberont plus tard que les autres, et l'observation démontre que cette faculté est particulièrement le partage des personnes faibles et valétudinaires. Dans un combat sur mer, où tout le monde aura péri à l'abordage, dit M. Fodéré, il est vraisemblable que les individus les plus courageux seront morts les premiers : si le vaisseau a coulé bas, les meilleurs nageurs et ceux qui auront conservé leur sang-froid et leur présence d'esprit, auront péri les derniers ; parmi

ceux qui ne savaient pas nager, les plus poltrons seront morts après les plus courageux, parce qu'ils n'auront pas cherché à inspirer de l'eau. Si le vaisseau a sauté en l'air, le plus petit, le plus faible et le plus poltron de l'équipage, aura pu succomber le dernier dans les ondes, en faisant abstraction des violences matérielles.

Mort par incendie et par écroulement. Ici on ne peut juger le fait que d'après la situation des cadavres, et d'après les traces plus ou moins mortelles qu'ils présentent. (*Voyez* page 538.)

Homicidiés. Lorsque plusieurs individus auront été assassinés, on peut supposer que les plus courageux des assaillis périssent les premiers, et que les plus poltrons sont égorgés ensuite. Il peut arriver toutefois dans une décharge d'armes à feu, que les personnes les plus faibles, succombent les premières : on doit alors avoir égard au degré de mortalité des blessures. (*Voyez* page 538.)

Lorsque la mère et l'enfant périssent dans l'accouchement, lequel des deux meurt le premier? Cette question n'est pas plus facile à résoudre que les précédentes, si l'accouchement a eu lieu sans témoins; aussi les jurisconsultes ont tranché la difficulté, en déclarant que la mère est présumée avoir survécu, si elle est âgée de moins de soixante ans. (*Voyez* page 534.) Commentaire de *Chabot.*) La présomption de survie est au contraire en faveur de l'enfant, si la mère a plus de soixante ans, d'après l'article 721 du Code civil. (*Voy.* page 534.) Nous n'imiterons pas les auteurs de Médecine légale, qui ont cherché à approfondir la question

et qui ont disserté longuement sur la validité des motifs qui portèrent la chambre impériale de Wetzlar, et dans une autre occasion des médecins célèbres, a décider que la mort de la mère avait précédé celle de l'enfant : des discussions de cette nature n'auraient d'autre résultat que de prouver l'insuffisance des sciences médicales, pour résoudre le problème dont il s'agit, et de faire sentir encore d'avantage la nécessité de s'en rapporter aux dispositions de la législation actuelle.

TRENTE-QUATRIÈME LEÇON.

De l'asphyxie.

On désigne sous le nom d'*asphyxie* l'état de mort apparente produite par la suspension de la respiration, quoique d'après son étymologie, ce mot signifie l'absence du pouls (de *a* privatif et de σφύξις pouls). L'asphyxie peut avoir lieu parce que l'*air ne pénètre pas dans les poumons*, ou parce que *celui qui y pénètre est impropre à la respiration* (1). Dans l'un et l'autre cas, le sang veineux n'étant point changé en sang artériel dans le poumon, tous les organes reçoivent du sang noir, au lieu de sang rouge, et finissent par ne plus exercer leurs fonctions : le défaut d'action du cerveau entraîne subitement l'anéantissement de l'innervation : aussi la mort qui termine souvent l'asphyxie doit-elle être attribuée

(1) Nous faisons abstraction de l'action des gaz délétères sur le poumon, parce qu'elle constitue un véritable empoisonnement. (*Voyez* tome II, page 323.)

au contact délétère du sang veineux et à la cessation de l'influence cérébrale.

Les principales causes qui empêchent l'air de pénétrer dans les poumons sont, 1° la section de la portion cervicale de la moelle épinière, les fractures de la même portion du rachis, la ligature des nerfs phréniques, etc. : ces blessures déterminent en effet la paralysie de tous les muscles *inspirateurs* ou de quelques-uns d'entre eux, suivant le point qu'occupe la lésion (1); 2° la section des nerfs pneumogastriques à la partie inférieure du cou, au-dessus du laryngé inférieur; ce nerf se distribue, comme on sait, aux muscles crico-aryténoïdiens postérieurs, crico-aryténoïdiens latéraux, et thyro-aryténoïdiens, dont l'usage est de dilater la glotte : la paralysie de ces muscles, tandis que les constricteurs conservent toute leur énergie, doit amener nécessairement l'occlusion de la glotte; 3° la paralysie du poumon, résultat de la section des nerfs pneumogastriques : dans ce cas, la mort n'est pas instantanée : pour s'assurer que les animaux auxquels on a pratiqué cette opération, peuvent périr par suite de la paralysie du poumon, on doit leur faire préalablement la trachéotomie : autrement ils succomberaient par le défaut d'action des muscles dilatateurs de la glotte; 4° le sé-

(1) Les auteurs rapportent également au défaut d'action de ces muscles, *l'asphyxie des nouveau-nés*, et les asphyxies par la foudre et par le froid; mais tout porte à croire que les individus qui ont été foudroyés ou congelés, ne périssent pas asphyxiés, mais bien que leur mort doit être attribuée à la cessation soudaine de l'influence nerveuse.

jour dans le vide ou dans l'eau ; 5° des obstacles mécaniques, tels que la compression du canal aérien exercée par des tumeurs, par une corde ou par un lacet, comme dans l'étranglement ou dans la suspension ; des liquides épanchés dans la trachée-artère, des fausses membranes développées dans le même conduit, la rupture du diaphragme avec refoulement des viscères abdominaux dans la poitrine, etc.

L'asphyxie déterminée, parce que l'air qui pénètre dans les poumons est impropre à la respiration, reconnaît pour cause l'inspiration du gaz azote, de l'air non renouvelé, du gaz acide carbonique, du gaz hydrogène, etc. Nous ne parlerons dans cet article que de l'asphyxie par submersion, par strangulation, et par suffocation, les autres espèces devant être traitées aux chapitre des blessures et de l'empoisonnement, ou ne présentant aucun intérêt pour la médecine légale.

De l'asphyxie par submersion.

L'histoire médico-légale de l'asphyxie par submersion comprend les deux questions suivantes : — L'individu que l'on trouve noyé était-il vivant au moment de son immersion dans l'eau ? S'il était vivant, est-il tombé dans l'eau par accident, s'y est-il précipité, ou bien a-t-il été noyé par une main homicide? Avant de chercher à résoudre ces problèmes, il ne sera pas inutile de jeter un coup d'œil sur la *cause de la mort des noyés*, que l'on a tour à tour rapportée à l'introduction de l'eau dans l'estomac, à l'abaissement de l'épiglotte qui ferme exactement la glotte et empêche l'air

contenu dans les poumons d'en sortir, à l'entrée de l'eau dans les ramifications bronchiques, et à la viciation de l'air renfermé dans la poitrine : parmi ces causes, les deux premières sont évidemment dénuées de fondement et ne méritent pas de fixer notre attention ; nous croyons ne devoir nous occuper que des deux autres.

Entrée de l'eau dans les ramifications bronchiques. Louis, Goodwyn, le docteur Berger et plusieurs autres auteurs, affirment qu'il entre constamment de l'eau dans les poumons des animaux que l'on a submergés vivans. D'un autre côté Waldschmit, Becker, Detharding, etc., ont soutenu l'opinion contraire. Évers dit ne pas avoir trouvé de liquide dans les bronches de deux ivrognes qui s'étaient noyés. M. Desgranges, de Lyon, ne put apercevoir aucune trace d'eau écumeuse chez un épileptique submergé vivant. Des assertions aussi contradictoires nous ont engagé à plonger un certain nombre d'animaux vivans dans de l'eau colorée par de l'encre, du noir de fumée, de la boue, etc. et nous n'avons pas tardé à reconnaître avec le docteur Berger (Dissert. inaugurale soutenue à la Faculté de Paris, le 15 thermidor an 13), que l'on peut regarder comme un fait *constant* et *certain* qu'il entre de l'eau dans les poumons des noyés, qu'elle ne s'y trouve pas en grande quantité, mais qu'elle y est toujours combinée avec l'air, sous forme d'une matière écumeuse qu'on distingue quelquefois à l'œil nu sous la plèvre, et qu'on peut faire sortir par les bronches dans le canal de la trachée-artère, en pressant un peu les poumons, lorsqu'elle ne sort pas spontanément. Les au-

teurs qui ont nié ce fait, s'attendaient sans doute à trouver dans les poumons de l'eau en nature, comme on en rencontre dans l'estomac, et n'ont pas cru devoir regarder l'eau écumeuse qui y existe constamment comme une preuve de l'introduction du liquide, ou bien ils ont ouvert les animaux encore vivans, et avant que les bulles d'air ne fussent expulsées : on sait en effet que l'eau ne s'introduit dans les poumons qu'au moment de l'expulsion des gaz.

Mais peut-on considérer comme cause de la mort des noyés, *l'eau qui pénètre dans les poumons?* Gardanne, Varnier, Goodwyn, etc., après avoir introduit par une incision faite à la trachée-artère des chiens, des lapins, etc., quatre fois plus d'eau qu'il n'en pénètre par la submersion, ont vu que la respiration était d'abord accélérée, puis ralentie; que les animaux étaient incommodés et abattus, mais qu'ils ne tardaient pas à se rétablir, ce qui leur a fait penser que la mort n'était pas le résultat de l'intromission de l'eau dans les poumons. Il est aisé de voir que les animaux soumis à ces expériences, ayant la faculté de respirer, n'étaient point placés dans les mêmes circonstances que ceux qui sont plongés dans l'eau, et que la conséquence tirée par les expérimentateurs n'est point rigoureuse. Sans prétendre faire jouer un rôle important à l'eau qui a été introduite dans les poumons, il nous semble qu'elle doit être regardée comme une cause secondaire de l'asphyxie par submersion.

Viciation de l'air renfermé dans la poitrine. La principale cause de la mort des individus qui périssent submergés, consiste dans l'altération qu'éprouve l'air con-

tenu dans les poumons. Cette opinion émise par Macquer (Dict. de chimie, tome Ier, p. 278) n'est plus douteuse depuis les travaux du docteur Berger. Presque tous les animaux que l'on a noyés, dit ce médecin, rendent au bout d'une minute et demie de séjour dans l'eau, l'air contenu dans la poitrine, et meurent, ce qui fait croire à l'action d'une cause constamment la même, et agissant dans tous les cas : cette cause, c'est le degré de viciation de l'air : on trouve par l'analyse de l'air expulsé de la poitrine des noyés, qu'au lieu de renfermer vingt à vingt-une parties d'oxygène, il n'en contient, terme moyen, que quatre à cinq parties : or telle est à peu près la composition de l'air des cloches vicié par les animaux qui ont péri asphyxiés par défaut de renouvellement d'air.

Long-temps avant les recherches dont nous parlons, le docteur Desgranges, de Lyon, avait établi avec Pouteau et quelques autres auteurs, que les noyés périssaient de deux manières différentes : chez les uns il y avait *asphyxie nerveuse, sans matière, par défaillance syncopale*, tandis que chez les autres l'asphyxie était *avec matière* par *suffocation*, par *engouement*. Quelques années plus tard, le docteur Marc crut devoir rapporter la cause de la mort des noyés aux quatre chefs suivans : 1° *Asphyxie de submersion avec matière* par *suffocation* ou *par engouement* : dans cette cause de mort qui est la plus commune, on considère l'eau introduite dans la trachée-artère comme une cloison qui empêche l'air d'arriver aux poumons ; 2° *Asphyxie de submersion, sans engouement, nerveuse* : l'individu tombe en syncope, immédiatement avant d'entrer

dans l'eau, où dans le même moment; la syncope, qui finit par devenir mortelle, suppose la préexistence du danger et une prédisposition nerveuse : aussi s'observe-t-elle principalement chez les femmes hystériques, à l'époque critique : elle est beaucoup plus rare que la suivante; 3° *Asphyxie de submersion sans engouement par congestion cérébrale* : les causes qui la déterminent sont une température très-froide, une chute violente sur la tête, une constitution apoplectique, l'ivresse, la colère, la plénitude de l'estomac, la compression du col par des cravates ou par d'autres liens; 4° *Asphyxie de submersion mixte*: chez la plupart des submergés, dit le docteur Marc, l'asphyxie de submersion avec engouement se complique avec l'asphyxie par congestion cérébrale : la suffocation et l'apoplexie peuvent, selon l'état des circonstances, devenir réciproquement cause essentielle ou cause aggravante de la mort. (Mémoire sur les moyens de constater la mort par submersion, 1808.) Nous admettrons volontiers avec le docteur Marc, que l'on peut ranger les noyés en quatre groupes différens, en ayant égard à l'état de l'individu avant la submersion, aux circonstances qui ont précédé celle-ci, à la congestion des vaisseaux cérébraux, etc.; mais nous ne pensons pas devoir adopter que l'asphyxie puisse déterminer la mort dans aucun cas, sans qu'il y ait eu introduction du liquide dans le poumon.

PREMIÈRE QUESTION. L'individu que l'on trouve noyé, était-il vivant au moment de son *immersion dans* l'eau?

Lorsque les preuves testimoniales manquent, on ne

saurait résoudre cette question difficile, que par l'examen attentif du cadavre : aussi les auteurs de médecine légale se sont-ils attachés particulièrement à décrire les signes que présentent les corps des noyés; mais les descriptions qu'ils nous ont données ne remplissent pas le but qu'ils se proposaient, parce qu'elles sont beaucoup trop générales. Nous avons vu à l'occasion de la putréfaction, que les cadavres laissés dans l'eau, présentaient des différences notables suivant le temps pendant lequel ils y étaient restés, suivant l'état tranquille ou agité du liquide, suivant l'époque où l'on procédait à leur examen, après les avoir retirés de l'eau, etc. Pense-t-on, par hazard, que l'état d'un cadavre qui n'est resté dans l'eau qu'une heure, et que l'on étudie immédiatement après, ne différera pas considérablement de celui d'un autre cadavre qui aura été en contact avec le liquide pendant dix, trente ou quatre-vingts jours, et que l'on n'examinera que plusieurs heures ou plusieurs jours après qu'il aura été exposé à l'air? Deux cadavres qui auront été retirés de l'eau vingt-quatre heures après la mort des individus, et dont l'un aura été ouvert de suite, tandis que l'autre n'aura été examiné que douze et quinze heures après, offriront-ils les mêmes caractères? Les différences que présenteront ces corps dans leur volume, dans leur coloration, leur consistance etc., sont trop sensibles et trop multipliées pour qu'on puisse les confondre dans une description générale.

Du reste, les faits suivans, auxquels nous pourrions en ajouter beaucoup d'autres, mettront ces assertions hors de doute.

1° Quatre cadavres de noyés qui n'étaient restés dans l'eau qu'une, deux ou trois heures, n'offraient aucune altération à l'extérieur, même dix heures après la mort; la couleur de la peau était naturelle; l'épiderme n'était ni détaché ni soulevé; les paupières étaient fermées, la bouche béante; la langue n'avançait pas jusqu'au bord des lèvres; les doigts des mains étaient assez fortement contractés; on ne voyait qu'une petite quantité de vase entre les ongles des mains et des pieds et la peau qu'ils recouvrent; il n'y avait aucun indice de putréfaction ni de tuméfaction. (La température était à 17° th. centigr.)

2° Trois cadavres de noyés qui étaient restés cinq à six jours dans l'eau, furent examinés deux heures après avoir été retirés de la rivière; ils étaient à peine tuméfiés; la peau était de couleur *naturelle* partout, excepté près des genoux où l'on voyait deux ecchymoses livides; les paupières, la bouche, la langue, les doigts étaient comme dans les observations précédentes; toutefois les ongles des pieds contenaient une beaucoup plus grande quantité de vase; l'odeur était peu désagréable et différente de celle qu'exhalent les cadavres qui se décomposent à l'air. Le lendemain à midi, la face était déjà tuméfiée d'une manière sensible, les paupières surtout étaient gonflées et d'un rouge-brun; les lèvres offraient une couleur verdâtre; les joues étaient brunâtres; la poitrine et l'abdomen étaient d'un vert sale; les membres n'étaient pas colorés. Le jour suivant, la tête était énormément tuméfiée et verte; le gonflement de la face surtout était remarquable; les yeux sortaient presque entièrement des

orbites ; le corps, extrêmement ballonné, était marbré de jaune et de vert, et le système veineux superficiel se dessinait à travers ces marbrures ; les genoux étaient d'un brun noirâtre, la paume des mains et la plante des pieds conservaient leur couleur blanche, tandis que la face dorsale de ces parties était verdâtre ; la couleur du dos, sur lequel le cadavre avait été couché, était à peine altérée : l'épiderme se détachait facilement dans plusieurs endroits, et il était séparé dans beaucoup d'autres ; l'odeur était infecte. (La température avait varié de 16° à 18°, th. centigr., depuis que le cadavre était exposé à l'air.)

Parmi les *signes* indiqués par les auteurs, comme propres à faire connaître *si un individu a été submergé vivant*, il en est un certain nombre qui n'offrent aucune valeur. Il importe cependant de les exposer sommairement, afin de les combattre, et de faire mieux ressortir ceux qui peuvent être utiles.

1° *État de la face*. La face est bouffie, rouge ou livide, dit-on ; les paupières sont entr'ouvertes, la pupille est très-dilatée, la bouche close, la langue avance vers les bords internes des lèvres, qui sont recouvertes d'une bave écumeuse ainsi que les narines. Ces caractères manquent souvent chez les noyés, et lors même qu'ils existeraient constamment, ils ne prouveraient point que la submersion a eu lieu du vivant de l'individu, les cadavres des personnes qui ont succombé à une foule d'autres affections, pouvant les présenter également.

2° *Coloration de la peau*. Comment admettre parmi les signes dont il s'agit, la pâleur extrême du cadavre,

lorsqu'on sait combien la couleur de la peau varie, suivant que le corps est resté plus ou moins dans l'eau, et suivant le temps qui s'est écoulé depuis qu'il a été retiré du liquide? D'ailleurs, ne sait-on pas que la peau des noyés est quelquefois d'un rouge livide, et que plusieurs autres causes de mort que la submersion, peuvent déterminer sa décoloration?

3° *État des extrémités.* Les doigts sont écorchés, dit-on; on trouve entre les ongles et la peau, de la vase, du sable, de la boue, etc. « Si un homme a été noyé vif, il aura l'extrémité des doigts et le front écorché, en raison qu'en mourant il gratte le sable au fond de l'eau, pensant prendre quelque chose pour se sauver, et qu'il meurt comme en furie et rage. (*Ambroise Paré*, Chirurgie, liv. 28). — Ce caractère, quoique meilleur que ceux dont nous avons fait mention jusqu'à présent, n'est pas aussi important qu'on pourrait le croire au premier abord; en effet, il manque chez plusieurs noyés, chez la plupart de ceux, par exemple, qui périssent avant d'arriver au fond; il peut exister chez un individu qui, ayant roulé d'un lieu élevé dans une rivière, aurait cherché à s'accrocher pour se soustraire au péril, et aurait succombé avant de tomber dans l'eau; on peut observer encore des écorchures aux doigts sans que la submersion ait eu lieu avant la mort, lorsque les cadavres heurtent contre des corps solides tels que des pierres, des moulins, des pilotis etc, qui excorient plus ou moins la peau: à la vérité, il est des cas où il serait permis de distinguer que les blessures dont nous parlons, ont été faites après la mort.

4° *Intérieur du crâne.* Les vaisseaux veineux des parties supérieures du cerveau sont ordinairement très-développés, engorgés; quelquefois les plexus choroïdes, les veines de Galien, sont injectés; dans des cas encore plus rares, les ventricules latéraux renferment une petite quantité de sérosité; la substance du cerveau est dans l'état naturel. Ces caractères offrent à peine de la valeur, parce qu'ils se rencontreraient également sur les cadavres des individus qui auraient succombé à une apoplexie, à une compression du cerveau, etc., et que l'on aurait placés dans l'eau après la mort.

5° *Canal aérien.* L'épiglotte est dressée et dans son état naturel, malgré l'opinion contraire de Dethardirg. La trachée-artère, les bronches et les poumons *contiennent une plus ou moins grande quantité de matière écumeuse*, blanche ou sanguinolente; la trachée-artère est quelquefois tapissée par un mucus rougeâtre, facile à détacher; il est rare que l'on trouve de l'eau en nature dans aucune partie de l'appareil respiratoire. Les poumons sont crépitans. L'existence d'une écume aqueuse et sanguinolente dans la trachée-artère, dit le docteur Marc, doit être regardée comme une marque des plus certaines de la submersion, les liquides ne pouvant pas s'introduire dans ce canal après la mort; toutefois, ajoute-t-il, on rencontre quelquefois une écume analogue après l'asphyxie par inspiration des gaz délétères, après des accès mortels d'épilepsie, après certains cas d'empoisonnement, etc.: nous savons en outre qu'à mesure que les cadavres se pourissent, l'estomac se distend, le diaphragme est refoulé en

haut, et qu'une pareille écume peut se former dans la trachée-artère. D'où il faut conclure qu'il peut être extrêmement difficile de décider, d'après ce seul caractère, si la submersion a eu lieu avant ou après la mort; le signe dont il s'agit acquerra beaucoup plus de valeur si le cadavre est inspecté avant d'être pouri, si la trachée-artère, les bronches et le *tissu du poumon* contiennent, outre l'*écume*, de la vase, de la boue et d'autres corps étrangers semblables à ceux qui se trouvent dans l'eau : nous disons expressément, le tissu du poumon, parce que nous avons acquis la certitude que l'eau s'introduit également dans la trachée-artère, et même jusqu'au commencement des bronches, lorsque les animaux sont plongés dans l'eau après la mort (1).

6° *Etat des organes de la circulation.* Les cavités droites du cœur, les veines caves, la veine et l'artère pulmonaires, sont distendues par une grande quantité de sang noir; il y en a beaucoup moins dans les cavités et dans les vaisseaux aortiques, qui pourtant ne sont jamais

(1) Lorsqu'on plonge des chiens vivans dans de l'eau colorée par de l'encre ou par du noir de fumée, on trouve de l'écume colorée en noir jusque dans les dernières divisions bronchiques : si, au contraire, les animaux ne sont submergés que dix, quinze ou vingt minutes après la mort, on ne découvre plus d'écume, mais on voit que la matière noire a pénétré jusqu'à l'origine des bronches, et même un peu plus loin. Ces résultats, contredits par quelques auteurs recommandables, ne nous paraissent pas pouvoir être révoqués en doute.

vides, comme le prétendait Curry. Le ventricule droit est d'un brun noirâtre, tandis que l'autre est d'un rose clair. Les ventricules et l'oreillette pulmonaires se contractent presque toujours d'une manière spontanée : ces contractions sont beaucoup plus rares dans le ventricule gauche, et beaucoup plus encore dans l'oreillette du même côté ; on observe quelquefois des mouvemens analogues dans la portion des veines caves voisines du cœur. Les contractions des cavités aortiques cessent long-temps avant celles des cavités pulmonaires ; mais on peut exciter de nouveau les unes et les autres, en irritant l'organe ou en insufflant de l'air dans les poumons peu après qu'elles ont cessé. Ces caractères sont constans ; mais ils se manifestent dans presque tous les cas où la circulation a été arrêtée brusquement, en sorte qu'il est impossible de les regarder comme pouvant résoudre la question.

7° *Fluidité du sang.* Le sang reste fluide pendant plusieurs heures, même dans les vaisseaux qui pénètrent la substance des os. Ce signe, l'un de ceux auxquels les médecins ont attaché le plus d'importance, manque rarement; cependant Lafosse dit avoir trouvé le sang polypeux et concret chez quelques noyés; d'ailleurs, comme l'observent plusieurs auteurs, la liquidité du sang a lieu dans le scorbut, dans certaines fièvres de mauvais caractère, etc.

8° *Etat du diaphragme.* La mort des noyés arrivant au milieu de l'inspiration, le diaphragme doit être refoulé vers l'abdomen, et la poitrine élevée. Assurément les choses se passent ainsi dans la plupart des cas; mais le refoulement de ce muscle peut être telle-

ment peu sensible dans beaucoup de circonstances, que l'on ait beaucoup de peine à le distinguer ; d'ailleurs il faudrait prouver que certains gaz délétères ne le produisent point.

9° *État de l'estomac et des intestins.* L'estomac contient quelquefois de l'eau ; mais pour être certain que ce liquide n'a pas été avalé avant la submersion, il faut prouver par l'analyse, qu'il est entièrement semblable à celui qui entoure le corps. Les intestins, surtout le duodénum, le jéjunum et l'iléum, conservent presque toujours leur mouvement péristaltique, qui s'éteint tantôt avant, tantôt après les contractions du cœur. On ne peut tirer aucun parti de ce caractère.

10° *Coloration des viscères de l'abdomen.* La couleur des divers organes de l'abdomen est en général plus foncée, que lorsque l'individu ne succombe pas à l'asphyxie. Ce fait est incontestable ; mais il tend à établir tout au plus qu'il y a eu asphyxie, sans jeter le moindre jour sur la cause qui l'a déterminée.

Les moyens dont nous venons de faire l'exposition ne permettent point d'affirmer que la submersion ait eu lieu du vivant de l'individu; quelques-uns d'entre eux sont propres à établir des *probabilités*, lorsqu'ils se trouvent réunis. Mais le médecin ne doit point borner là ses recherches; il examinera avec le plus grand soin si l'individu n'aurait pas été assassiné avant de tomber dans l'eau, et si les meurtriers n'auraient pas eu recours à la submersion pour mieux faire prendre le change; il déterminera en conséquence s'il ne découvre point des traces d'empoisonnement, d'étranglement, d'asphyxie par les gaz délétères, de blessures, etc. : souvent

il trouvera sur le front, aux tempes et sur quelques autres parties du corps, des contusions, des plaies contuses, des ecchymoses; il s'attachera alors à décider si elles ont été faites avant ou après la mort. Si tout porte à croire que l'individu ait été blessé avant la mort, on recherchera d'après la forme des blessures, celle de l'instrument qui les a produites, en se rappelant toutefois que des lésions de ce genre peuvent être le résultat de la violence avec laquelle l'individu qui s'est jeté à l'eau a heurté contre des corps durs qui se trouvaient au fond du liquide, ou de la chute d'un lieu élevé, pendant laquelle le corps aurait frappé contre des pierres, des rochers; en un mot, il aura égard à toutes les circonstances dont nous parlerons à l'occasion *des blessures*.

SECONDE QUESTION. — Lorsqu'un individu vivant a été submergé, est-il tombé dans l'eau par accident? s'y est-il précipité? ou bien a-t-il été noyé par une main *homicide*?

Admettrons-nous avec les auteurs modernes que dans la submersion *par accident*, la mort est la suite de l'asphyxie spasmodique, et que rarement les poumons sont le siége d'un engouement, tandis qu'il y a asphyxie par engouement dans le cas de *suicide*, parce que le noyé fait de vains efforts pour respirer, et qu'enfin dans la submersion *par homicide*, l'asphyxie est spasmodique sans engouement, comme dans le premier cas, parce que l'individu est surpris par une violence imprévue? Des assertions de ce genre, basées sur des espèces d'asphyxie que nous avons dit ne pas exister avec les caractères qu'on leur a assignés (*voyez* page 548), ne peuvent satis-

faire aucun esprit juste, et ne doivent jamais figurer dans un rapport médico-légal, sous peine de vouloir passer pour n'avoir jamais ouvert un seul cadavre de noyé.

Avouons franchement que, dans beaucoup de circonstances, l'art ne possède aucun moyen de résoudre le problème : comment reconnaître, par exemple, si le cadavre submergé appartient à un individu qui s'est jeté volontairement à l'eau ou qui s'est noyé en nageant, ou bien à un autre individu qui aurait été poussé dans la rivière ou dans la mer, étant sur le bord de l'eau ? Confions aux magistrats le soin de déterminer jusqu'à quel point la nature du lieu, qui peut être désert ou habité, l'élévation des bords du précipice, l'existence d'un poids attaché au corps, d'un lien qui unit les mains, le désordre des vêtemens, etc., peuvent éclairer la question, et bornons-nous à rechercher si l'individu dont il s'agit ne devait pas être naturellement porté à se suicider (*Voyez* SUICIDE) ; s'il n'éprouvait point des vertiges, s'il n'était point sujet à des accès d'épilepsie, d'hystérie, etc. ; s'il n'offrait point des blessures ou d'autres lésions qui annonceraient qu'il a été assassiné, qu'il s'est précipité, qu'on l'a précipité, ou qu'il a voulu se détruire. (*Voyez* BLESSURES.)

TRENTE-CINQUIÈME LEÇON.

De l'Asphyxie par strangulation.

Nous rangeons sous ce titre tout ce qui se rapporte à la *suspension* et à l'*étranglement*. Dans ce genre de mort, il arrive presque toujours que les individus suc-

combent à l'asphyxie déterminée par le resserrement de la trachée-artère, compliquée de la stagnation du sang dans les vaisseaux de la tête, stagnation qui reconnaît pour cause la compression des veines jugulaires ; quelquefois la mort doit être attribuée à la syncope ; dans certaines circonstances enfin, elle est le résultat de la luxation de la colonne vertébrale et de la lésion de la moelle épinière : la vie cesse alors dans l'instant même, tandis qu'on observe le contraire dans les autres cas. Voici les questions dont la solution doit faire l'objet de cet article : 1° un individu que l'on a trouvé pendu, l'a-t-il été avant ou après la mort ; 2° si la suspension a eu lieu pendant la vie, est-elle l'effet du suicide ou de l'homicide.

PREMIÈRE QUESTION. Un individu que l'on trouve pendu l'a-t-il été avant ou après la mort?

Examen des pendus chez lesquels il n'y a pas eu luxation de la colonne vertébrale. Si l'individu a été pendu vivant, on remarquera, d'après Michel Alberti de Halle, et d'après tous les auteurs de médecine légale, les caractères suivans : lividité et gonflement de la face, et surtout des lèvres, qui sont comme tordues ; paupières tuméfiées, à demi fermées et bleuâtres ; rougeur, proéminence et même quelquefois déplacement des yeux ; langue gonflée, livide, repliée ou passant entre les dents qui la serrent, et sortant souvent de la bouche ; écume sanguinolente dans le gosier, les narines et autour de la bouche ; *impression de la corde, livide* ou *noire* et *ecchymosée* ; peau enfoncée, et même quelquefois excoriée dans un des points de la circonférence du cou ; déchirement des muscles et des liga-

mens qui s'attachent à l'os hyoïde; déchirure, rupture ou contusion du larynx, et des premiers segmens de la trachée-artère; ecchymoses des bras et des cuisses; lividité des doigts qui sont contractés comme pour serrer fortement un corps que l'on tiendrait dans la main; contusion et ecchymose des poignets et de toutes les parties du corps sur lesquelles on aurait appliqué des liens; raideur et lividité du tronc; engorgement considérable de sang dans les poumons, dans le cœur et dans le cerveau. Ces signes n'existant point chez les individus qui ont été pendus après la mort, d'après les auteurs dont nous parlons, ils ont conclu que la solution de la question qui nous occupe était quelquefois facile : Quand même, disent-ils, on trouverait des taches noirâtres autour du col d'une personne après la mort, ces taches, qui sont le résultat de la pression prolongée de la corde, ne doivent être considérées autrement que comme un phénomène cadavérique, que l'on ne saurait confondre avec les meurtrissures faites sur le vivant.

On conçoit avec peine qu'un objet d'une aussi haute importance ait été traité avec autant de légèreté par des écrivains dont les ouvrages ont dû servir de guide aux médecins; il suffit, en effet, d'examiner avec soin quelques cadavres de personnes pendues vivantes, pour se convaincre que plusieurs des caractères énoncés manquent souvent, qu'il en est que l'on n'observe qu'à certaines époques et sous des conditions données, et que d'autres, tels que l'impression de la corde, l'ecchymose du cou, etc., ont été décrits d'une manière inexacte. Déjà plusieurs auteurs avaient fait remarquer l'absence

de l'écume à la bouche dans plusieurs cas de suspension pendant la vie, et Belloc avait cru devoir mieux préciser l'état de la langue chez les pendus ; si la compression de la corde, dit-il avec raison, s'exerce au-dessus du cartilage thyroïde, la langue ne sort pas, parce qu'elle est poussée en arrière par la compression de l'os hyoïde ; si la corde est placée au-dessous du cartilage cricoïde, alors la langue paraît plus ou moins au dehors ; elle est enflée, plus ou moins rouge ou violette. Mais c'est surtout aux observations récentes du docteur Esquirol, que la science est redevable d'un certain nombre de faits importants, qu'il nous semble d'autant plus utile d'exposer qu'ils s'accordent sur plusieurs points avec ceux que nous avions déjà recueillis et que nous avons été à même de vérifier encore depuis la publication de son mémoire. (Archives générales de médecine, janvier 1823.)

1° Une femme aliénée se suicida en plaçant horizontalement derrière le cou une corde dont les deux bouts, ramenés en avant, furent croisés sous le menton, et reportés derrière les oreilles et la tête, pour les attacher à un pieu fixé à un talus sur lequel elle se glissa. On détacha la corde, et le cadavre fut examiné immédiatement après la mort : la face n'était pas altérée, la peau n'était ni décolorée ni ecchymosée ; la corde avait produit deux impressions l'une *horizontale*, l'autre *oblique* ; la peau déprimée par la corde n'était pas changée de couleur, et il n'y avait *aucune ecchymose ni au-dessus ni au-dessous* du sillon formé par l'impression. Quelques heures après, le cadavre conservait encore tous les traits de la vie. La coloration, la bouffissure

de la face, la couleur violacée des pieds, la raideur des membres, ne commencèrent à se manifester que *sept ou huit heures après la mort*. Vingt heures après la suspension, la face était un peu bouffie, violacée, les membres étaient raides, les pieds et la moitié des jambes étaient violacés, le ventre ballonné. Ce cadavre fut ouvert vingt-cinq heures après la mort : alors les traits de la face étaient peu altérés, les yeux ouverts et brillans; la double impression de la corde était peu profonde; la peau subjacente était *brune, comme brûlée, sans ecchymose;* le tissu cellulaire sous-cutané qui y correspondait était resserré et dense, et présentait une bandelette d'une ligne et demie de largeur, d'un blanc brillant. Le cuir chevelu était injecté de sang noir. Les méninges l'étaient à peine; le *cerveau n'offrait aucune trace d'injection;* les *poumons* et *le cœur* étaient *vides de sang*.

2° Le cadavre d'une autre femme fût trouvé cinq à six heures après la suspension; la *corde n'avait pas encore été détachée :* la face était violette, les yeux entr'ouverts et brillans; il y avait une écume sanguinolente autour des lèvres, qui étaient livides; les membres, la moitié des jambes, les pieds, dans l'extension, étaient violets; tout le cadavre était refroidi; le sillon occasioné par la corde était très-profond; la peau qui le recouvrait était *très-brune*, comme brûlée, mais *sans ecchymose*. L'ouverture du cadavre ne fut faite que vingt-neuf heures après la mort : alors la face était bouffie, violacée, les yeux ouverts, les extrémités des membres très-violacées, le ventre très-ballonné; le tissu cellulaire sous-cutané correspondant au sillon

était comme dans l'observation précédente; il n'y avait aucune trace d'ecchymose au-dessus et au-dessous de la dépression produite par la corde. Le cuir chevelu était gorgé de sang; les méninges étaient un peu injectées, le cerveau sain; le cœur était rempli de sang noir et fluide; la portion inférieure et postérieure du poumon droit était infiltrée par du sang noir, ce qui tenait évidemment à la mort et à la position verticale du cadavre. (*Voy.* page 515.)

3° Un homme se pendit en attachant les bouts d'un mouchoir à l'espagnolette d'une des croisées de son appartement. On le décrocha peu de temps après, et on *enleva le lien*; tous les secours pour le rappeler à la vie furent inutiles. Les traits de la face n'étaient point altérés; il n'y avait ni écume à la bouche ni *ecchymose* au cou.

4° Chez un autre individu qui s'était pendu depuis plusieurs heures, la bouffissure et la lividité de la face disparurent aussitôt que l'on eut *rompu le lien*; il en fut de même de la lividité du scrotum et du pénis, qui était dans un état de demi-érection.

Ces faits ont porté le docteur Esquirol à conclure, 1° que les signes propres à faire reconnaître si le cadavre d'un homme trouvé pendu l'a été avant ou après la mort, ne sont pas aussi positifs que les médecins l'ont avancé; 2° que l'ecchymose autour du cou n'est pas un signe constant, et qu'il faut la regarder, avec Dehaen, comme un signe équivoque de la suspension avant la mort; 3° que la bouffissure et la couleur violacée de la face, la présence d'une écume sanguinolente à la bouche, la rigidité des membres, la cou-

leur violette de leurs extrémités, etc., sont des phénomènes qui dépendent de la conservation du lien autour du cou jusqu'à ce que le cadavre soit refroidi, puisqu'il suffit d'enlever ce lien immédiatement ou même plusieurs heures après la mort, pour ne trouver aucun de ces phénomènes; 4° que les signes indiqués par les mêmes auteurs doivent se rencontrer moins souvent depuis que les préjugés et les lois ne s'opposent plus à ce qu'on donne des secours à une personne qui se détruit par la submersion ou par la strangulation; 5° que lorsqu'on est appelé pour visiter un cadavre que l'on a trouvé pendu, il faut tenir compte de l'heure à laquelle la mort a eu lieu, et du temps pendant lequel le lien a été maintenu autour du cou : deux circonstances qui modifient les phénomènes cadavériques, lesquels servent de base au jugement que l'on doit porter.

Rapprochons maintenant des observations faites par le docteur Esquirol, celles qui nous sont propres. 1° Un homme âgé de cinquante-cinq ans, enfermé dans un cachot depuis trois ou quatre jours, après avoir coupé sa chemise en plusieurs lanières, avec lesquelles il fabriqua une sorte de corde, se pendit à un des barreaux de la fenêtre de la prison : il resta suspendu pendant six heures, et le lien ne fut détaché que lorsqu'on fit l'ouverture du cadavre, c'est-à-dire *trente-six heures après la suspension*. Les membres abdominaux présentaient un très-grand nombre de petits points noirâtres qui correspondaient à l'implantation des poils; les doigts des mains étaient contractés. La face n'offrait rien de remarquable; sa couleur était naturelle; les paupières se touchaient par leurs bords, et la conjonctive n'était

pas injectée; les lèvres étaient dans l'état naturel; la langue portait l'empreinte des dents, mais elle était dans la bouche; on voyait au cou un sillon large de cinq à six lignes, et d'une ligne et demie de profondeur; il était situé en avant sur le larynx, et remontait obliquement et en arrière au côté droit et au-dessous de l'apophyse mastoïde, où le nœud de la corde avait été appliqué; la peau qui le revêtait ressemblait, par sa couleur, à du cuir tanné, et cette nuance était plus foncée aux parties qui avaient été comprimées; elle était sèche comme du parchemin, et considérablement amincie; les muscles sous-jacens n'offraient pas la moindre trace d'*ecchymose*; le tissu cellulaire intermédiaire était sec, blanchâtre, filamenteux, et *nullement ecchymosé*. Les veines jugulaires interne et externe, ainsi que les thyroïdiennes du côté gauche, étaient gorgées et fortement distendues par du sang noir et fluide; la jugulaire interne de l'autre côté contenait quelques caillots mêlés à du sang fluide.

Les poumons étaient grisâtres, légèrement marbrés de rose; leur volume était très-considérable, et ne diminuait pas sensiblement lorsqu'on les pressait, ce qui tenait probablement à de l'air infiltré dans le tissu cellulaire interlobulaire. Le poumon droit, incisé près des gros troncs veineux, donnait à peine une petite quantité de sang; cependant son tissu était brun à sa partie postérieure, et fournissait, par la pression, un fluide sanguinolent; le gauche était gorgé de sang, et il s'en écoulait une quantité considérable lorsqu'on l'incisait près des gros troncs veineux; du reste ils étaient l'un et l'autre crépitans. La surface interne des cerceaux cartilagineux de la trachée-artère présentait une mul-

titude d'herborisations noirâtres qui semblaient appartenir aux capillaires veineux.

Les vaisseaux qui rampent à la surface du cerveau étaient tellement gorgés de sang noir, que, lorsqu'on détachait la dure-mère, il s'écoulait une grande quantité de ce liquide : il y avait un épanchement séreux entre la dure-mère et le cerveau, surtout au niveau des anfractuosités du cerveau. La substance cérébrale était piquetée de taches rouges plus considérables que dans l'état naturel ; les ventricules latéraux contenaient environ une cuillerée de sérosité chacun ; on en voyait à peine dans le quatrième ventricule ; les veines du plexus choroïdien étaient injectées, ainsi que celles qui s'y rendent du corps strié et des parties voisines : ces plexus étaient dilatés par des vésicules séreuses. Il y avait une quantité assez considérable de sérosité sur la tente du cervelet ; les veines qui rampent à la surface de cet organe étaient peu injectées, ainsi que celles qui traversent sa portion médullaire. — L'épiploon, l'estomac et tout le canal intestinal étaient injectés ; le foie et la rate étaient de couleur naturelle ; les reins étaient fortement injectés ; la membrane interne de la vessie était légèrement rougeâtre.

2° On observa à peu près les mêmes altérations chez une femme âgée de quarante ans, qui s'était pendue avec une corde d'environ quatre lignes de diamètre, que l'on n'avait détachée et enlevée que sept heures après la suspension. Le cadavre fut ouvert vingt-sept heures après la mort : le tissu cellulaire et les muscles qui correspondent au sillon n'étaient pas plus ecchymosés que dans l'observation précédente.

3° Un commissionnaire âgé de quarante-huit ans se pendit le 3 mai, à neuf heures du soir; il resta dans cette position jusqu'au lendemain six heures du matin; la corde, dont le diamètre était d'environ quatre lignes, fut détachée alors, mais il nous fut impossible d'ouvrir le cadavre avant le 6 mai à dix heures du matin. La face était gonflée et livide, les yeux injectés, la langue ne dépassait point les lèvres; celles-ci étaient livides et tuméfiées. On voyait au cou un sillon circulaire, relevé et anguleux sur le côté gauche de la mâchoire inférieure, au-dessous du masseter; il était à peine manifeste au niveau de l'os hyoïde, tandis qu'il était beaucoup plus marqué sur le côté droit du larynx et du cou; la peau de ce sillon était brune à son extérieur; on aurait cru qu'il y avait du sang épanché dans le tissu cellulaire; cependant on vit bientôt qu'elle n'avait été que fortement froissée et desséchée; les muscles correspondans n'étaient pas non plus le siége d'aucune ecchymose; les méninges étaient injectées; la partie inférieure des poumons était gorgée de sang; le cœur ne contenait qu'une petite quantité de ce fluide; du reste le cadavre exhalait déjà une odeur fétide très-marquée.

4° Chez deux individus qui s'étaient pendus, et dont il nous fut impossible d'ouvrir les corps, nous observâmes, en disséquant les sillons, qu'ils étaient comme dans les observations précédentes; la face n'était ni colorée, ni tuméfiée; la langue ne sortait pas de la bouche; l'un d'eux était resté suspendu pendant deux heures, tandis que chez l'autre la corde n'avait été détachée qu'au bout de cinq heures et demie: nous les examinâmes vingt-quatre heures après la mort.

5° Douze cadavres d'individus de différens âges, ayant succombé à des maladies aiguës ou chroniques, ont été pendus avec des cordes de trois à cinq lignes de diamètre; on les a laissés dans cette position pendant vingt-quatre heures; alors le lien a été détaché. La face était *pâle* et de volume ordinaire, les yeux nullement *injectés;* la langue était restée dans la bouche; le sillon fait par la corde, la peau de ce sillon et le tissu cellulaire sous-cutané qui y correspond, *étaient absolument tels* qu'ils viennent d'être décrits en parlant de la suspension pendant la vie. Trois de ces cadavres avaient été pendus immédiatement après la mort, trois autres ne l'avaient été qu'au bout de vingt-quatre heures, lorsque déjà ils étaient froids et raides; la suspension des six autres avait eu lieu deux, six, huit, dix, quatorze, et dix-huit heures après la mort.

6° Quatre chiens vivans ont été pendus avec des liens qui avaient tout au plus une ligne et un quart de diamètre; deux d'entre eux ont été détachés dix minutes après la mort, tandis que les deux autres sont restés suspendus pendant vingt-quatre heures: on n'a observé ni injection de la conjonctive, ni de la langue; le sillon était peu marqué et sans la moindre altération de la peau; les muscles du cou n'étaient point ecchymosés; l'état des poumons, du cœur et des viscères abdominaux annonçait que les animaux étaient morts asphyxiés; les vaisseaux superficiels du cerveau étaient injectés.

7° Désirant savoir si le défaut d'altération à la peau du cou ne tiendrait pas à la présence du poil et à la petitesse du lien, on a pendu deux chiens, dont on avait préalablement rasé le cou, avec une corde de

six lignes de diamètre. L'un d'eux a été examiné immédiatement après la mort : la peau du sillon ne présentait aucun changement ; l'autre a été laissé suspendu pendant vingt-quatre heures, et on a pu s'assurer que la peau du sillon était raccornie et desséchée, comme cela a lieu chez l'homme ; le tissu cellulaire sous-cutané était sec, serré, dense ; du reste, la conjonctive et la langue n'étaient point injectées ; il n'y avait aucune trace d'ecchymose dans les muscles du cou ; l'état des organes contenus dans le thorax et dans l'abdomen prouvait évidemment que les animaux étaient morts asphyxiés.

Nous croyons pouvoir conclure de ce qui précède, et de plusieurs autres faits que nous passerons sous silence : 1° que dans la plupart des cas, la corde détermine sur la peau et sur le tissu cellulaire, qu'elle presse immédiatement, des effets semblables, que l'individu soit vivant ou mort, que le cadavre soit chaud ou froid.

2° Que ces effets ne constituent point, comme on le répète tous les jours, de véritables ecchymoses, puisqu'on ne trouve aucune trace de sang épanché dans le tissu cellulaire sous-cutané, ni dans les muscles du cou.

3° Que l'on a probablement été induit en erreur par la couleur brune de la peau du sillon, qui lui donne en effet l'apparence d'une ecchymose.

4° Que s'il ne nous est pas permis d'affirmer qu'on ne trouve *jamais* d'*ecchymose* au cou des individus qui ont été pendus vivans, il nous semble du moins pouvoir assurer que c'est un phénomène excessivement rare, lorsque la personne s'est pendue elle-même.

5° Qu'il est par conséquent impossible d'établir la plus légère *présomption* que la suspension ait eu lieu avant ou après la mort, d'après l'état dans lequel on trouve *le plus ordinairement* le sillon et les parties sous-jacentes, et qu'il faut nécessairement avoir recours à des preuves d'un autre genre pour décider le fait.

6° Que dans les cas *excessivement rares* où l'on observe des ecchymoses dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans les muscles sous-jacens, ou dans le voisinage du larynx, elles sont une preuve certaine que la suspension a eu lieu pendant la vie.

7° Que si la bouffissure et la couleur violacée de la face, la présence d'une écume sanguinolente à la bouche, la couleur violette des extrémités, dépendent, comme l'a annoncé le docteur Esquirol, de la conservation du lien autour du cou, elles peuvent reconnaître quelquefois une autre cause, puisqu'on les a observées dans le premier fait rapporté par ce médecin (*voyez* pag. 561), quoique la corde eût été détachée peu de temps après la mort.

8° Qu'en attribuant ces phénomènes à la conservation du lien autour du cou, il faut admettre qu'ils peuvent manquer chez des personnes pendues avant la mort et qui sont restées suspendues pendant sept ou huit heures (*Voy.* page 564.)

9° Que l'on ne détermine jamais de pareils phénomènes sur les cadavres, lors même que la suspension a été prolongée pendant vingt-quatre heures et que le lien a été appliqué immédiatement après la mort : ce fait semblerait au premier abord infirmer les conclusions du docteur Esquirol, qui regarde la bouffissure et la

coloration comme un phénomène cadavérique produit par la conservation du lien ; mais il est insuffisant, les observations de ce médecin ayant été faites sur des cadavres d'individus morts à la suite d'une affection dans laquelle le sang est accumulé dans les parties supérieures du corps (asphyxie par suspension), tandis que nous avons agi sur des cadavres qui n'étaient pas dans les mêmes conditions.

10° Que si des faits nouveaux confirment que la bouffissure et la coloration de la face se manifestent constamment chez les personnes pendues avant la mort, soit qu'elles dépendent de la conservation du lien ou de toute autre cause, on pourra conclure, lorsque ces caractères seront appréciables, que l'individu a été pendu vivant, puisqu'on ne les observe jamais quand les corps ont été pendus après la mort.

11° Qu'en supposant même qu'il en soit ainsi, comme ces phénomènes peuvent très-bien n'être sensibles, dans le cas de suspension, avant la mort, que huit ou dix heures après qu'elle a eu lieu, il est impossible de les faire servir à tirer une pareille conclusion dans les premières heures qui suivent la mort, et que le médecin doit attendre qu'ils se soient manifestés pour porter son jugement.

12° Que s'il est vrai que dans la plupart des cas de suspension pendant la vie, on découvre l'engorgement des poumons, des vaisseaux cérébraux et toutes les altérations qui annoncent que l'individu a péri asphyxié, il n'en est pas toujours ainsi (*Voy.* l'observation première, page 562.), et qu'il n'est par conséquent pas rigoureux d'indiquer les lésions que détermine l'as-

phyxie comme caractéristiques de la suspension avant la mort, quoiqu'elles constituent un des signes les plus importans. D'ailleurs n'observerait-on pas les mêmes phénomènes sur le cadavre d'une personne qui aurait succombé à toute autre espèce d'asphyxie, et que l'on aurait pendue après la mort pour faire prendre le change?

13° Que dans l'état actuel de nos connaissances, il est *impossible d'affirmer* qu'un individu chez lequel il n'y a ni luxation des vertèbres cervicales ni aucune autre trace de blessure faite pendant la vie, ait été pendu vivant; qu'il est permis d'établir des *probabilités* dans certains cas, surtout en ayant égard aux lésions qui peuvent annoncer que la personne a succombé à l'asphyxie.

14° Qu'il est également *impossible d'affirmer* que la suspension ait eu lieu pendant la vie, lorsqu'on découvre la luxation des vertèbres cervicales ou d'autres blessures faites du vivant de l'individu, parce que celui-ci aura bien pu n'avoir été pendu qu'après avoir été meurtri et tué; mais qu'il est souvent facile, dans ces cas, de prouver que la mort est le résultat de ces blessures.

Examen des pendus chez lesquels il y a eu luxation de la colonne vertébrale. Quelque difficile que soit la luxation des vertèbres, il est impossible de ne pas admettre qu'elle puisse avoir lieu chez un individu faible, lymphatique, chez une personne ivre ou plongée dans le sommeil, surtout lorsqu'on exerce de violentes tractions. On sait que le célèbre Louis, frappé de la rapidité avec laquelle le bourreau de Paris faisait périr les individus qu'il pendait, apprit de lui qu'il détermi-

nait la luxation des vertèbres cervicales, en faisant exécuter au tronc des mouvemens de rotation, tandis que la tête était fixe. Le docteur Richond du Puy, et beaucoup d'autres observateurs, ont opéré de semblables luxations sur les chiens, les chats, etc., soit en tirant en sens opposé la tête et la queue, soit en tordant le cou, soit, enfin, en faisant exécuter au corps des mouvemens de rotation, la tête étant fixe. Dans toutes les expériences de ce genre, dit M. Richond, la moelle rachidienne a été lésée entre la première et la deuxième vertèbres cervicales; si la mort est arrivée instantanément, les viscères ont présenté le même engorgement que dans l'asphyxie par suffocation; quelquefois le cerveau a été injecté, et, comme la force du cœur est toujours diminuée, il y a eu constamment décoloration de la peau, affaissement des yeux, sans aucune trace d'engorgement du cerveau. (Dissert. inaugurale, 1822, n° 52.)

On distinguera facilement que la luxation a été faite avant la mort, aux ecchymoses profondes que l'on remarquera dans le tissu cellulaire, dans les muscles voisins des vertèbres déplacées, et même dans leurs ligamens, et à l'épanchement de sang qui a souvent lieu dans le canal vertébral. Les auteurs indiquent encore d'autres caractères qui n'offrent pas autant de valeur que les précédens: tels sont, la décoloration de la face, l'engorgement des poumons, qui annonce la mort par asphyxie, etc.; si le corps est extrêmement roide, peu de temps après la mort, pendant qu'il est encore chaud, la luxation n'a pas été faite du vivant de l'individu, parce que la rigidité ne paraît que fort

tard, lorsque le système nerveux a été profondément atteint; ne sait-on pas, d'ailleurs, ajoutent-ils, qu'au moment de la compression de la moelle, tous les muscles sont paralysés, et que l'individu tombe brusquement?

SECONDE QUESTION. — Si la suspension a eu lieu pendant la vie, est-elle l'effet du suicide ou de l'homicide?

Les auteurs qui se sont occupés de cette question conseillent de rechercher d'abord si la personne a été pendue avant ou après la mort, car il est évident que si la suspension n'a eu lieu qu'après, on doit éloigner toute idée de suicide; mais nous venons de voir dans l'article précédent que c'est à tort qu'ils ont considéré comme facile la solution de cette première partie du problème. Ils ont encore attaché une grande importance au nombre des sillons que l'on remarque au cou, à leur direction, à la disposition de la corde, etc. « Si l'impression de la corde est à peu près circulaire, dit M. Fodéré, et qu'elle soit placée à la partie inférieure du cou, au-dessus des épaules, *il paraît clair que, dans ce cas, elle* est une preuve d'assassinat *non équivoque*, puisque cette circonstance ne peut avoir lieu que dans la torsion faite immédiatement sur la partie en forme de tourniquet. » Cette assertion est loin d'être d'accord avec l'observation; on sait en effet que des individus ont pu s'étrangler et périr en attachant une corde ou une cravate à un arbre devant lequel ils étaient assis, ou en se servant de l'anse d'un pot de terre qu'ils avaient cassé pour servir de billot; or, dans l'un et l'autre de ces cas, l'impression de la corde sera à peu

près circulaire et placée à la partie inférieure du cou. « On observera presque toujours, dans le suicide, ajoute M. Fodéré, la portion de la corde qui entoure le cou, relativement plus longue que dans l'assassinat où la constriction a été violente : dans le premier cas, la tuméfaction des parties au-dessus de la corde sera simple, unie; au lieu que dans l'assassinat il y a plusieurs plis à la peau, surtout auprès de l'impression circulaire faite par la corde; le cou est quelquefois rétréci dans cette impression au point que le diamètre du cercle décrit par la corde est à peine de deux pouces et demi ou trois pouces tout au plus. » Cette différence dans la constriction et dans la longueur de la corde ne peut tout au plus être considérée que comme un caractère secondaire, l'expérience ayant démontré que souvent la constriction était plus forte et la corde moins longue dans le cas de suicide, que lorsqu'il y avait eu homicide. « Lors même que l'homme qui se serait pendu aurait placé en premier lieu la corde vers la partie inférieure du cou, elle aurait glissé nécessairement vers la partie supérieure, plus étroite que l'inférieure, au premier instant de l'élancement. » (Fodéré, tome III, page 159.) Mais quelle peut être l'utilité d'un pareil caractère, lorsqu'on sait que la corde détermine sur les cadavres des impressions semblables à celles qui ont lieu pendant la vie? Ne pourrait-il donc pas arriver qu'un individu que l'on aurait tué eût été pendu après la mort pour mieux faire prendre le change, et que la corde eût été placée de manière à imiter ce que l'on remarque dans le suicide? Ajouterons-nous encore que les assassins, pour mieux assurer leur coup et

pour éprouver moins de résistance, commencent par étrangler l'individu dont ils veulent se rendre maîtres, et qu'ils le pendent ensuite? » Nous ne regarderons l'existence de ce double sillon tout au plus que comme une simple présomption d'assassinat, parce que s'il est vrai qu'il n'est pas commun d'observer deux sillons, l'un oblique et l'autre circulaire, dans le suicide, il est certain qu'on peut les remarquer; (*Voyez* la première observation rapportée par M. Esquirol, page 561.) d'ailleurs le second sillon aurait pu être fait par la malveillance après la mort d'un individu qui se serait pendu. Il résulte de ce qui précède, que l'on ne doit guère compter, pour résoudre la question dont il s'agit, sur le nombre, la direction et la profondeur des sillons : toutefois, il importe de remettre la corde dans ces sillons, et de rechercher le point où le nœud était appliqué, afin de s'assurer qu'ils ont été faits par elle ; le magistrat tirera quelquefois parti de cette connaissance.

Le désordre des vêtemens et de la coiffure, l'état des portes et des fenêtres, qui étaient ouvertes ou fermées en dedans ou en dehors; les déclarations écrites de l'individu qui annonçait l'intention de se suicider; un état de démence antérieur, etc., sont autant de considérations propres à éclairer la justice, mais qui ne sont pas de la compétence du médecin.

Nous devons nous attacher à découvrir si la personne que l'on a trouvée pendue n'aurait pas été empoisonnée ou blessée. On lit, en effet, dans Devaux, que dans un cas de ce genre la face n'étant point décolorée et le cadavre ne présentant aucun des caractères qui indiquent

la suspension avant la mort, on avait aperçu une fort petite plaie à la partie latérale droite et antérieure du thorax, cachée sous l'affaissement du corps de la mamelle, dans laquelle une petite sonde avait eu peine à s'insinuer; que cependant l'ayant dilatée, on reconnut qu'elle pénétrait dans la capacité entre la cinquième et la sixième des vraies côtes, ce qui porta à faire l'ouverture de la poitrine, pour en reconnaître les progrès; on vit alors que cette petite plaie était faite par un instrument rond, poignant et très-étroit; qu'elle traversait le cœur de part en part, et qu'elle avait occasioné un épanchement de sang dans la poitrine; d'où il fut permis de conclure que c'était la plaie qui était la cause de la mort, et que l'individu n'avait été pendu qu'après. (Rapports en chirurgie, page 519.) En supposant que l'on parvienne à décider que la mort est le résultat d'une blessure ou de l'empoisonnement, et que la suspension n'a été que postérieure, il faudrait, avant de conclure qu'il y a eu homicide, s'assurer si la blessure n'aurait pas été faite par l'individu, si elle était de nature à lui laisser assez de force pour se pendre, si l'empoisonnement n'aurait pas été volontaire, etc. (*Voyez* BLESSURES et EMPOISONNEMENT.) Les meurtrissures, les contusions sur différens points de la surface du corps, annoncent bien en général que l'individu s'est défendu, et forment une présomption en faveur de l'homicide; mais elles sont insuffisantes dès qu'il est avéré que des personnes mélancoliques ont commencé par se maltraiter avant de se pendre. De Haen parle en effet d'un suicide qui s'était meurtri la face avant de s'étrangler. L'homme de l'art peut encore éclairer le magistrat dans

certains cas, en prouvant que l'individu qui fait l'objet du rapport était atteint d'une de ces maladies qui portent avec elles l'ennui de la vie. (*Voy.* SUICIDE.)

Nous ne terminerons pas cet article sans examiner si la luxation de la colonne vertébrale, et notamment celle de la première vertèbre cervicale sur la deuxième, ainsi que les désordres qui l'accompagnent, peuvent être l'effet du suicide, et, en cas d'affirmative, quels sont les moyens de reconnaître qu'il n'y a pas eu homicide. La plupart des auteurs de médecine légale admettent la possibilité du fait, en se fondant sur l'observation du sabotier de Liége, dont il ne sera pas inutile de donner un extrait. Cet homme fut trouvé pendu à une poutre d'environ quatre pouces et demi de large, de manière que la corde formait une anse qui, par une de ses extrémités, embrassait cette poutre, tandis que l'autre extrémité, placée au-dessous du menton, passait derrière les oreilles pour aller se terminer vers le haut de l'occiput. Le docteur Pfeffer, qui examina le cadavre *peu de temps* après la mort, trouva le visage pâle et sans bouffissure, la langue dans la bouche, les yeux dans l'état naturel; la tête était prodigieusement renversée en arrière, et il sortait beaucoup de fumée de la bouche; l'autorité n'ayant point permis que l'ouverture du cadavre fût faite, le docteur Pfeffer regarda les données qui précèdent comme suffisantes pour établir que la mort avait eu lieu depuis quelques instans, que les vertèbres n'étaient pas dans leur emplacement naturel, et que la moelle épinière avait subi quelque compression. Antoine Petit, chargé de rédiger une consultation sur ce point, conclut que la luxation de

la colonne vertébrale avait entraîné la mort, et qu'à raison de la pesanteur du cadavre, elle avait été le résultat du *suicide*. « Ce genre de mort, dit-il, rend raison pourquoi le sabotier mourut très-promptement et ne présenta pas à Pfeffer les signes propres à la suspension avant la mort. » Quelque incomplète que soit cette observation, on n'a pas moins admis la possibilité de la luxation des vertèbres dans le simple suicide, et l'on a dit qu'elle aurait principalement lieu chez un individu qui, après les préparatifs de la suspension, se laisserait tomber avec force, surtout s'il avait beaucoup d'embonpoint, s'il était d'une haute stature et d'une faible constitution.

Le docteur Esquirol, n'ayant pas cru devoir attribuer la mort de ce pendu à la luxation de la colonne vertébrale, s'exprime ainsi dans le mémoire déjà cité : « Lorsque le célèbre Pfeffer entreprit la défense de la femme et du gendre du sabotier, il n'avait pas vu un grand nombre de pendus et de suicidés ; il vit le cadavre du sabotier immédiatement après la mort, et après qu'on eut enlevé du cou le lien avec lequel il s'était pendu ; il n'aperçut aucun des signes indiqués par les auteurs comme propres à caractériser la suspension avant la mort ; cependant il était convaincu que cet homme était mort suicide. Il chercha à expliquer, *par une supposition*, l'absence des signes ; il *prétendit* que cette absence des signes et la promptitude de la mort prouvaient qu'elle avait eu lieu par la luxation des vertèbres cervicales ; comme si l'asphyxie par l'occlusion des voies aériennes n'était pas un genre de mort subite. Pfeffer n'eût pas eu recours à cette explication,

démentie par l'observation, s'il eût tenu compte du prompt enlèvement du lien, et de l'heure à laquelle il avait visité le cadavre ; s'il eut pû le visiter immédiatement après la mort, quelques heures après, et le lendemain, comme nous avons visité le cadavre du sujet de la première observation. » (*Voy.* page 561.)

Ces réflexions suffiront sans doute pour prouver que l'observation du sabotier de Liége ne peut servir à établir qu'il y ait eu luxation de la première vertèbre cervicale sur la deuxième, et par conséquent que cette lésion puisse être l'effet du suicide. On cherche en vain dans les auteurs des faits analogues; toutefois nous avons entendu dire à M. le professeur Chaussier qu'il avait été témoin d'un exemple semblable à celui dont Pfeffer nous a transmis l'observation, et que le pendu s'était réellement suicidé. (Leçons orales.) Il est à regretter que les détails d'un cas aussi intéressant n'aient pas été décrits.

Quoi qu'il en soit, les auteurs qui regardent le suicide, dans le cas de suspension, comme pouvant être le résultat de la luxation de la première vertèbre cervicale sur la deuxième, indiquent les moyens de distinguer si une lésion de ce genre est l'effet de l'homicide ou du suicide. Si le cadavre qu'on examine a été trouvé pendu, dit le docteur Richond, et qu'on ait démontré l'existence d'une luxation, on doit commencer par s'assurer si elle a été faite avant ou après la mort. (*Voyez* page 572.) En supposant qu'elle ait eu lieu pendant la vie, si le cadavre est pesant, fort; si ses ligamens sont relâchés; si la figure est décolorée, les yeux ternes et les membres ballottans; si on ne trouve

pas de fractures des autres vertèbres, et si les organes intérieurs sont engorgés, il est évident que la luxation a occasioné la mort, et on a de grandes probabilités de suicide. Si, au contraire, on trouve une altération étendue de la colonne vertébrale; si la trachée-artère est dilacérée, et si en même temps on trouve lividité de la face, injection de la langue, des yeux, il doit rester à peu près sûr que la luxation n'aura été que consécutive à l'asphyxie, et qu'elle a été le résultat des violences employées pour accélérer la mort. L'homicide, dans ce cas, serait très-probable; toutefois le médecin devrait se borner à décider si la luxation a été faite avant ou après la mort, et laisser à la sagacité des juges la détermination de la cause de la luxation. (Dissertation inaugurale déjà citée.)

Nous n'imiterons point les auteurs qui dissertent longuement pour savoir si une personne peut s'étrangler, le fait nous paraissant incontestable; nous ne rechercherons pas non plus si l'étranglement a précédé la suspension, cet objet ayant déjà été traité à la page 575.

De l'asphyxie par suffocation.

On peut périr suffoqué par une multitude de causes que nous nous contenterons d'indiquer : la tuméfaction des tonsilles, de la langue, de la membrane muqueuse du larynx; la présence d'une couche couenneuse dans le larynx ou dans les bronches, ou d'un corps étranger venu du dehors dans ces mêmes parties, dans le pharynx ou dans l'œsophage; l'afflux subit de sang ou de pus; la compression de la trachée-artère

par des tumeurs de diverse nature, ou de la poitrine par des liquides épanchés dans sa cavité, par l'air, par les viscères abdominaux, lorsque le diaphragme a été blessé ou rompu, etc.

Il est inutile de faire connaître les divers symptômes qui seront le résultat de ces causes, parce qu'ils sont décrits dans tous les ouvrages de pathologie : qu'il nous suffise de savoir qu'en pareil cas la mort peut être le résultat de l'asphyxie qu'elles déterminent, et que l'ouverture du cadavre ne tarde pas à les rendre manifestes.

TRENTE-SIXIÈME LEÇON.

Des Blessures.

En médecine légale on désigne sous le nom de *blessure* toute altération locale d'une partie du corps produite par un acte de violence ou par l'application d'un caustique, soit que la cause ait été dirigée contre le corps, soit que le corps ait été poussé contre la cause vulnérante. Il suit de là que l'on doit rapporter aux *blessures* la *contusion*, la *commotion*, la *fracture*, la *luxation*, l'*entorse*, la *brûlure* et les *plaies*. On voit tous les jours des médecins confondre, dans des rapports juridiques, des objets aussi différens, et désigner indistinctement sous le nom de blessures, de plaies ou de contusions, des lésions qui ne se ressemblent pas ; il en est d'autres qui attachent bien à chacun de ces mots le sens qui lui convient, et qui néanmoins commettent des erreurs graves lorsqu'ils décrivent les lésions dont nous parlons, parce qu'ils oublient de noter des parti-

cularités essentielles, ou parce qu'ils ignorent la valeur de certaines expressions qu'il est indispensable de connaître : c'est ce qui nous engage à rappeler la définition de chacune de ces lésions, et à décrire les nuances qu'elles peuvent présenter, avant de nous occuper de leur histoire médico-légale, que nous rapporterons aux six articles suivans :

1° Législation sur les blessures ;

2° Classification des blessures ;

3° Dangers des blessures, leur marche, leur terminaison ; moyen d'apprécier jusqu'à quel point leurs effets doivent être rapportés à la violence extérieure qui les a produites ;

4° Signes propres à déterminer si les blessures ont été faites pendant la vie ;

5° Signes qui peuvent faire distinguer si les blessures sont le résultat d'un accident, d'un meurtre ou d'un suicide ;

6° Règles de l'examen des blessures.

De la contusion.

La contusion est une blessure sans entamure à la peau, faite par un corps obtus, dur, pesant ; on l'appelle *meurtrissure* quand elle est le résultat d'une rixe entre deux ou plusieurs personnes. L'examen le moins attentif des parties contuses démontre qu'il peut y avoir au moins trois degrés de contusion : le premier, connu sous le nom de *froissement*, n'entraîne que la rupture de quelques vaisseaux capillaires ; dans la *dilacération*, qui constitue le second degré, les tissus

sont déchirés, et l'on aperçoit une foule de petites plaies plus ou moins rapprochées; enfin l'*attrition*, qui n'est autre chose que la désorganisation complète des parties molles, réduites en une sorte de bouillie, forme le troisième degré. La contusion, supposant toujours la rupture de quelques vaisseaux sanguins, ne saurait exister sans *ecchymose*, c'est-à-dire sans épanchement ou infiltration de sang dans le tissu cellulaire, comme nous l'établirons incessamment, tandis que nous verrons que l'ecchymose ne suppose pas toujours la contusion. Belloc et plusieurs auteurs de médecine légale se sont évidemment trompés en émettant une proposition contraire.

On évitera de confondre la contusion avec la rupture d'un muscle, d'un tendon, etc., ou avec la crevasse d'un viscère creux, altérations qui peuvent reconnaître pour cause une contraction violente incomplète, ou la distension que produit une grande quantité de fluide accumulé dans la cavité d'un organe creux.

Toutes les parties du corps, même les plus dures, peuvent être affectées de contusion; mais le danger n'est pas toujours le même; elles sont en général redoutables par la commotion qu'elles déterminent dans les organes les plus importans, par la rupture des tissus, ou par l'inflammation, la suppuration et le sphacèle, qui en sont souvent la suite.

De l'ecchymose.

Le mot ecchymose, dérivé de ἐκ, *extra*, dehors, et de χυμος, suc, liqueur, est employé pour désigner l'in-

filtration ou l'épanchement de sang dans les aréoles des divers tissus. Lorsque ce liquide est infiltré dans le tissu cellulaire sous-cutané, de manière à ne former qu'une tumeur large, diffuse, peu élevée, on dit que l'ecchymose est par *infiltration*; si, au contraire, le sang, répandu en assez grande quantité, s'accumule en un foyer, et produit une tumeur molle ou rénitente, comme on l'observe plus particulièrement après les coups et les chutes sur la tête, l'ecchymose est dite par *congestion*; on lui donne aussi vulgairement les noms de *bosse* et de *thrombus*. La plupart des auteurs de médecine légale ont cru devoir appeler *sugillations* les ecchymoses produites par une cause interne, les taches scorbutiques, par exemple, comme si les lésions dont il s'agit n'étaient pas entièrement semblables à celles qui sont le résultat d'une violence extérieure; il est évident qu'il est inutile d'admettre une pareille dénomination, dès que la différence que l'on assigne ne porte que sur la cause; il importe même de la faire disparaître du vocabulaire médical, parce qu'elle dérive du verbe *sugere*, sucer, et qu'on a voulu s'en servir pour exprimer toute autre chose que la *succion*.

Les *causes* les plus ordinaires de l'ecchymose sont les chutes et les percussions; les plaies peuvent y donner lieu, lorsqu'elles sont étroites et que leur direction est oblique, circonstances qui s'opposent au libre écoulement du sang; certaines maladies caractérisées par l'atonie des solides et par la grande fluidité du sang, comme le scorbut, le *morbus hæmorrhagicus*, etc., sont des causes évidentes d'ecchymose; il en est de

même de la pression du corps continuée pendant quelque temps, d'un mouvement brusque, d'un effort; on en voit même paraître à la suite du plus léger froissement de nos tissus; il peut même arriver qu'elles se développent sans l'action d'aucune de ces causes; il n'est pas rare, dit M. Chaussier, de voir des personnes se coucher avec l'apparence de la meilleure santé, et se lever le lendemain matin avec une tache rouge sous la conjonctive.

Le *siége et l'étendue* de l'ecchymose ne sont pas toujours les mêmes; les unes sont superficielles et n'intéressent que le tissu cellulaire sous-cutané, d'autres sont profondes et alors le sang se trouve infiltré ou épanché dans la substance des muscles, sous le périoste, entre le tissu propre des viscères et la membrane qui les recouvre; dans le tissu de ces organes, entre les nerfs, les vaisseaux sanguins et le tissu cellulaire qui leur sert de gaîne. Il en est qui occupent un très-grand espace; d'autres sont excessivement bornées.

La *marche* de l'ecchymose superficielle doit être parfaitement connue du médecin chargé d'un rapport juridique sur les blessures, puisqu'elle peut servir à indiquer l'époque où la lésion a été faite. Dans le plus grand nombre des cas la partie ecchymosée offre d'abord une tache rouge ou bleuâtre, qui ne tarde pas à devenir livide, plombée ou noirâtre, et qui est produite par le sang répandu dans le tissu cellulaire sous-cutané : au bout d'un certain temps cette tache s'éclaircit graduellement, acquiert une couleur violette, verdâtre, jaunâtre, citrine et disparaît; à mesure qu'elle change ainsi de nuance, elle s'étend, et

l'on observe que la partie centrale est toujours d'une couleur plus foncée que la circonférence : ainsi dans une ecchymose qui marche manifestement vers la guérison, on remarque à une certaine période de la maladie, un point central violet, entouré d'une auréole d'un jaune foncé, bordée elle-même d'un cercle de couleur citrine. « On trouvera la cause de cette série de phénomènes, dit M. Chaussier, dans la nature du sang, la disposition et les propriétés du tissu lamineux; en effet, dès que le sang cesse d'être soumis à l'action circulatoire, il perd par le repos sa couleur vive, devient brunâtre et tend à se coaguler; mais comme il se fait continuellement dans les aréoles du tissu lamineux une secrétion vaporeuse, ses molécules sont successivement délayées, dispersées peu à peu par l'action tonique du tissu, dans les aréoles circonvoisines, ce qui produit en même temps la diffusion de la tache ecchymosée, et le changement de couleur que l'on y remarque et qui diminue chaque jour par l'absorption qui se fait successivement. » L'âge, la constitution du sujet, l'état des propriétés vitales, l'étendue, la situation de l'ecchymose et la cause qui l'a produite, influent singulièrement sur le temps nécessaire pour que la résolution soit complète; mais toujours est-il constant qu'elle ne saurait avoir lieu sans présenter la dégradation successive des couleurs dont nous avons fait mention.

Quand l'*ecchymose est profonde*, par exemple, lorsqu'elle a son siége dans les muscles qui sont maintenus par de fortes aponévroses et qui recouvrent immédiatement les os de la cuisse, de l'avant-bras, de la paume

des mains, de la plante des pieds ou de la face spinale du rachis, le plus souvent on n'en aperçoit d'abord aucune trace à l'extérieur; la peau qui a reçu le coup et qui correspond à la partie lésée ne présente aucune lividité; quelquefois cependant on voit paraître au bout de cinq, six ou huit jours des taches sous-cutanées plus ou moins étendues, d'une couleur violette ou jaunâtre; enfin, dans certaines circonstances, les taches dont nous parlons se montrent sur un point assez éloigné de celui qui était le siége de l'ecchymose, ce qui prouve que le sang infiltré a été délayé par le fluide sécrété par le tissu lamineux, et qu'il s'est répandu successivement dans les mailles du tissu cellulaire. La peau peut également ne présenter aucune altération dans sa couleur, lorsque l'ecchymose a son siége dans les différens viscères, quand même ceux-ci auraient été déchirés en plusieurs lambeaux, et qu'un épanchement plus ou moins considérable de sang aurait été la suite de leur rupture. De là, la nécessité de pratiquer de longues et de profondes incisions sur les cadavres, avant d'affirmer que des percussions qui n'ont fait subir aucune altération à la peau, n'ont rien changé à l'état des tissus sous-jacens.

Le *diagnostic* des ecchymoses est facile à établir. On distinguera celles qui sont superficielles des *lividités cadavériques*, en ayant égard à leur siége (*Voyez* Mort), et en coupant une lame mince de la peau; en effet, dans la *lividité* il y a simplement congestion de sang dans les réseaux capillaires, de manière que la couleur foncée ne s'étend point aux parties sous-jacentes. Les taches rouges ou violacées qui sont *congénitales*, celles

que l'on remarque dans le *scorbut*, dans les *exanthèmes* aigus ou chroniques, celles qui reconnaissent pour cause des *excoriations* superficielles, ou l'action d'un *vésicatoire*, les *pétéchies*, les *varices sous-cutanées*, etc., offrent un caractère particulier, et ne présentent jamais les nuances de couleur que l'on observe dans l'ecchymose; d'ailleurs plusieurs d'entre elles ne sont que des symptômes de maladies qu'il n'est point difficile de reconnaître. L'ecchymose produite par la *sangsue*, laisse apercevoir à son centre la morsure triangulaire de l'animal. Les taches livides ou noirâtres, faites avec la *mine de plomb*, le *sulfure* d'*antimoine*, etc., disparaîtront lorsqu'on les lavera avec de l'eau. L'*eschare* qui a lieu chez le vivant, ne pourra pas être confondue avec l'ecchymose superficielle, si l'on fait attention aux symptômes qui ont dû précéder la mortification, à la sensibilité de la partie, etc. : s'il s'agissait de la distinguer des ecchymoses du canal digestif et du diaphragme, qui sont fréquemment le résultat de vomissemens opiniâtres, de convulsions, de l'action des poisons, etc., on aurait égard à la mollesse des eschares, au peu de résistance qu'elles offrent, et à la facilité avec laquelle on les détache par le plus léger frottement; tandis que que les ecchymoses ne disparaissent qu'après les avoir incisées, et avoir enlevé au moyen de l'eau, le sang extravasé dans les tissus. Il est quelquefois plus difficile de juger si les ecchymoses que l'on observe sur un cadavre sont le résultat de violences exercées du vivant de l'individu, ou de la putréfaction du corps : toutefois on parvient souvent à établir cette distinction en ayant égard aux circonstances suivantes : l'ecchymose

qui est la suite de la putréfaction ne se manifeste ordinairement que dans certaines régions du corps, et lorsque la décomposition putride est déjà bien caractérisée; on n'y voit jamais ces nuances de jaune et de citrin qu'il n'est pas rare de remarquer dans celle qui est l'effet d'une percussion opérée du vivant de l'individu.

Les applications que l'on peut faire à la médecine légale, de l'histoire de l'*ecchymose*, sont assez nombreuses, pour que nous n'ayons pas besoin de nous justifier d'avoir détaillé tout ce qui s'y rapporte; en effet, la contusion produite par une violence extérieure, par une chute, etc., est toujours accompagnée d'ecchymose; or celle-ci peut être superficielle, ou profonde, se manifester peu de temps ou plusieurs jours après le coup, se montrer à l'endroit frappé ou beaucoup plus loin, présenter une ou plusieurs nuances, suivant l'époque où on l'examine; phénomènes qu'il importe d'étudier attentivement lorsqu'on cherche à apprécier l'intensité de la cause vulnérante, le moment de son action, etc. Dans certains cas l'étude de l'ecchymose peut apprendre que l'individu dont on examine le cadavre, n'a été ni blessé, ni empoisonné, et que les taches livides que l'on observe sont l'effet de la putréfaction, ou de vomissemens violens, de convulsions, etc. Ici elle fait connaître si l'enfant qui vient de naître a présenté les pieds, les fesses, ou le sommet de la tête, dans telle ou dans telle autre position. (*Voyez* page 286.) Là, elle fournit des éclaircissemens importans pour résoudre la question de la suspension, suivant la forme qu'elle affecte, suivant sa situation, la couleur des parties qui l'avoisinent, les

désordres des tissus, etc. (*Voyez* ASPHYXIE par suspension, page 558.)

De la commotion.

On désigne sous le nom de *commotion*, l'état de stupeur dans lequel un organe est plongé, par suite d'une percussion, d'une chute, d'une secousse ou d'un ébranlement. Tous les organes peuvent être le siége de la commotion; toutefois celles du cerveau sont les plus fréquentes. S'il arrive souvent que la commotion a lieu dans l'organe voisin de la partie frappée, il n'est pas rare aussi de l'observer dans un des organes éloignés de l'endroit qui a reçu le coup; c'est ainsi par exemple, que la commotion du cerveau reconnaît pour cause une chute sur les fesses, sur les genoux, sur les talons ou sur les pieds. Parmi les effets de la commotion, il en est de constans et de variables; les premiers sont la suspension et l'interruption de la sensibilité et de toute action nerveuse; ils peuvent être momentanés ou persister pendant un temps plus ou moins long: les autres sont relatifs à l'altération que les tissus ont pu éprouver; tantôt les organes ont conservé leur intégrité; dans certains cas, leur volume est diminué et leur densité augmentée, sans autre changement apparent: dans un assez grand nombre de circonstances, on remarque des ruptures, des hémorrhagies, l'inflammation, des épanchemens, le sphacèle; il est des cas enfin, où les parties qui ont été le siége de la commotion conservent une grande faiblesse et ne remplissent plus leurs fonctions d'une manière convenable: c'est ce qui arrive par exemple aux muscles, aux nerfs et aux vais-

seaux. Le danger des commotions n'est donc pas le même; il en est qui sont immédiatement mortelles; d'autres ne déterminent la mort qu'au bout de plusieurs jours, ou sont suivies de la guérison complète ou incomplète; les plus dangereuses d'entre elles sont celles du cerveau et de la moelle épinière. Il est donc permis, dans certaines circonstances, de rapprocher les lésions dont nous parlons, des lipothymies, des syncopes ou morts subites, qui dans certains cas sont produites par une surprise, une frayeur excessive.

De la fracture.

La *fracture* doit être définie, la rupture d'un os ou d'un cartilage par une violence extérieure, un effort ou une chute : elle est caractérisée par le changement de forme, par la mobilité contre nature et la crépitation de la partie fracturée; phénomènes qui tardent plus ou moins à se manifester, selon la cause et le siége de la fracture, et qui peuvent éprouver des modifications suivant que l'os a été cassé en deux ou en plusieurs fragmens, qu'il y a ou qu'il n'y a point d'esquilles, suivant la disposition des fragmens, etc. Le danger des fractures est relatif à leur siége, à leur simplicité ou à leur complication, aux accidens qui les suivent, à l'âge de l'individu, etc.

De la luxation.

On peut définir la *luxation*, le déplacement des surfaces articulaires, qui est le résultat immédiat d'un coup, d'une chute, d'une violence extérieure, ou de l'action

musculaire, et qui est toujours accompagné de douleur, d'une altération plus ou moins grande de la forme, de la longueur de la partie, et de l'impossibilité ou de la difficulté de ses mouvemens. Ainsi, par sa cause, ce genre de lésion diffère essentiellement de cette maladie chronique que l'on nomme improprement luxation spontanée.

De l'entorse.

On désigne sous le nom d'*entorse*, une affection des articulations, caractérisée par un gonflement douloureux, et par la difficulté de ses mouvemens, et qui reconnaît pour cause la torsion, le renversement ou toute autre violence subite.

De la brûlure.

La *brûlure* est une lésion produite par le feu ou par un caustique, et qui consiste tantôt dans la rubéfaction ou l'inflammation des tissus, tantôt dans leur carbonisation ou leur destruction totale. Lorsqu'elle est superficielle, elle présente peu de danger si elle est bornée, à moins que l'individu ne soit doué d'une grande susceptibilité nerveuse; si elle est superficielle et très-étendue, elle fait périr dans un court espace de temps, tandis qu'elle peut ne déterminer la mort que plusieurs jours après la chute des eschares, si elle est profonde et moyennement étendue.

Des plaies.

La *plaie* est une solution de continuité accidentelle, plus ou moins récente, ordinairement sanglante, pro-

duite par une cause mécanique. On la désigne sous des noms différens suivant la cause qui l'a déterminée : ainsi on l'appelle *égratignure*, *excoriation*, *piqûre*, *coupure*, *plaie-contuse*, *plaie d'arme à feu*, *morsure*, *plaie par arrachement*, *plaie envenimée*, etc. Ces dénominations dont le sens est parfaitement connu de toutes les personnes qui se livrent à l'étude de la chirurgie, ne doivent pas être confondues dans un rapport juridique.

Toutes les plaies ne sont pas également dangereuses. Le danger des *piqûres* est en général plus grand que celui des plaies faites par des instrumens *tranchans*, non-seulement parce qu'elles pénètrent plus avant, mais encore parce qu'elles offrent une moindre issue au pus, et qu'elles déchirent imparfaitement les filets nerveux et les parties aponévrotiques. Les plaies *contuses* et surtout celles qui sont faites par des *armes à feu*, pouvant donner lieu à la commotion, au sphacèle, et à la destruction des parties blessées et de celles qui les avoisinent, sont beaucoup plus redoutables que les précédentes ; les hémorrhagies consécutives que l'on observe quelquefois à la chute des eschares, et la présence des corps étrangers qui entretiennent pendant long-temps la suppuration, viennent souvent augmenter leur gravité. Le danger des *morsures* faites par des animaux vénimeux, et des *plaies envenimées*, est relatif à la nature du venin ou du poison qui a été appliqué sur nos tissus. (*Voyez* EMPOISONNEMENT.)

Le médecin peut être appelé pour déterminer non-seulement la nature et le danger d'une plaie, mais aussi pour éclairer les magistrats sur son ancienneté

et le temps nécessaire à sa guérison ; il doit donc connaître exactement les phénomènes qui accompagnent ces sortes de blessures aux diverses époques, et les circonstances qui peuvent modifier, accélérer ou retarder leur guérison.

Les plaies présentent des phénomènes différens, suivant leur nature et les diverses époques auxquelles on les examine. Quand une plaie a été faite par un instrument tranchant, et que ses bords non contus, ont été réunis exactement peu de temps après la division du tissu, elle peut guérir sans suppurer par première intention ou par adhésion primitive; l'hémorrhagie s'arrête, par la pression que les lèvres affrontées exercent l'une contre l'autre, à raison des moyens mécaniques qui les maintiennent en contact; ces lèvres ne tardent pas à éprouver un léger gonflement inflammatoire, accompagné de rougeur, de chaleur, et qui est suivi de l'exsudation d'une lymphe plastique, susceptible de s'organiser pour former la cicatrice : d'abord terne et transparente, la lymphe qui suinte des bords de la plaie, devient plus épaisse, plus tenace et blanchâtre le second et le troisième jour; plus tard elle se pénètre de vaisseaux et constitue la cicatrice, véritable membrane intermédiaire aux bords de la division qu'elle réunit et avec lesquels elle finit par se confondre entièrement. La cicatrice paraît linéaire à l'extérieur, quelle que soit son étendue vers les parties profondes, intéressées; elle est d'un rouge assez vif les premiers jours qui suivent sa formation, ensuite elle pâlit peu à peu, et après un temps variable prend la couleur de la peau, et reste un peu plus blanche.

Quand la plaie ne doit se réunir que par *seconde intention* ou *adhésion secondaire*, c'est-à-dire, après avoir suppuré, les phénomènes de sa guérison sont différens des précédens : ce mode de réunion s'observe lorsque la plaie est avec perte de substance, que ses bords sont contus, ou que, long-temps exposés au contact de l'air, ils se sont fortement enflammés avant d'être réunis, que le malade présente quelque vice général et local qui entrave la guérison, etc. Après la cessation de l'hémorrhagie, le sang se colle à la surface de ces plaies, et forme une croute ou coagulum qui les défend du contact de l'air et des pièces d'appareil dont on les couvre. Vers le second jour, un suintement séro-sanguinolent plus ou moins abondant pénètre les pièces d'appareil et se supprime vers le troisième jour; la plaie rougit et s'enflamme; il se fait un nouveau suintement séro-purulent. A cette époque, la surface de la plaie paraît gonflée, livide, blafarde, quelquefois comme marbrée de taches violacées, brunes ou verdâtres : cet aspect n'a rien de fâcheux pour les personnes qui ont l'habitude de voir souvent de larges plaies; en effet, au bout de quelques jours, il se développe sur différens points, et surtout vers la circonférence de la solution de continuité, de petits tubercules coniques pleins d'une matière épaisse, blanchâtre, comme lardacée ; ces tubercules grossissent, deviennent rougeâtres, arrondis, et forment ce qu'on nomme les bourgeons charnus; ceux-ci, en s'étendant de plus en plus, s'unissent par leurs bases, et forment une membrane molle, plus ou moins rouge, qui finit par recouvrir toute la surface de la plaie; ils fournis-

sent un pus d'abord séreux, puis plus épais, homogène, tel que celui qui s'écoule d'un phlegmon. Une fois que ces bourgeons charnus sont développés et la suppuration établie, la plaie se dégorge, ses bords s'affaissent, les bourgeons charnus s'affaissent aussi vers la circonférence de la plaie, fournissent moins de pus, et enfin forment, par leur affaissement, une pellicule d'abord rouge et assez épaisse; cette pellicule, qui n'est que la cicatrice, s'étend de plus en plus vers le centre de la solution de continuité, qui se rétrécit à mesure qu'elle se forme; aussi la peau voisine, fortement tiraillée, détermine-t-elle des plis radiés autour de la plaie. Quand celle-ci offre une grande étendue, la cicatrice devient de plus en plus mince, elle pâlit, et enfin finit par prendre une couleur plus pâle que celle de la peau. Quand la plaie est fort large, la cicatrisation commence bien ordinairement par les bords, mais on voit aussi qu'elle a lieu ensuite par différens points de la surface malade.

La cicatrice est donc un organe de nouvelle formation, c'est une sorte de tégument qu'on pourrait nommer accidentel; elle se forme plus ou moins rapidement suivant une foule de circonstances, comme la nature des parties intéressées, l'étendue de la plaie, l'âge, l'état sain ou maladif du blessé, etc. Toutes choses égales d'ailleurs, la cicatrisation a lieu plus promptement quand la plaie existe à la tête, aux bras ou au front, qu'aux extrémités inférieures; les plaies très-étendues avec perte de substance, dans lesquelles les tendons, les aponévroses, les os sont mis à nu, ne guérissent souvent qu'aprés l'exfoliation de ces organes, et sont en général longues à cicatriser. Chez les jeunes

sujets, la cicatrisation est plus prompte que chez les adultes et les vieillards; quand le malade est d'une bonne constitution, les plaies se guérissent avec plus de promptitude que lorsqu'il est débilité, cachectique ou affecté de vérole, de scrofules, de dartres ou de scorbut : souvent, chez ces derniers individus, les plaies prennent en fort peu de temps un caractère ulcéreux qui pourrait les faire regarder comme beaucoup plus anciennes qu'elles ne le sont réellement; c'est une circonstance à laquelle il faut faire la plus grande attention dans les rapports en médecine légale, lorsqu'il s'agit de déterminer depuis quel temps une blessure a été faite ou combien devra durer son traitement. Il en est de même des plaies qui peuvent intéresser d'anciennes cicatrices; elles dégénèrent souvent en véritables ulcères au bout d'un temps très-court : nous avons vu des malades chez lesquels on aurait jugé que ces lésions existaient depuis fort long-temps, tandis qu'elles n'avaient lieu que depuis quelques jours. Quand les cicatrices sont récemment formées, en général elles sont roses, vasculaires et comme injectées, plus ou moins tendres et sensibles au toucher : plus tard, elles deviennent blanches, lisses, moins sensibles au toucher et restent ordinairement plus colorées que la peau; cependant il est impossible de déterminer jusqu'à présent le temps qui est nécessaire pour que ces changemens s'opèrent dans l'état des cicatrices; chez les uns, il a lieu assez promptement; chez d'autres, ce n'est qu'après un temps fort long qu'on les observe; chez quelques malades même, surtout chez les scorbutiques et les vénériens, les cicatrices restent long-temps rou-

ges, ou violettes et croûteuses, de sorte que l'on pourrait prendre pour récentes des cicatrices déjà anciennes. Il est bon de savoir aussi que chez un assez grand nombre d'individus, les cicatrices deviennent rouges ou violacées, pendant l'hiver, par l'action du froid, bien qu'elles existent depuis fort long-temps et qu'elles soient blanches dans l'état ordinaire.

Les cicatrices présentent aussi des caractères différens, suivant la nature de la solution de continuité qui leur a donné lieu. Celles des plaies simples, celles qui succèdent à l'ouverture d'abcès, à diverses opérations, sont ordinairement linéaires, solides, et insensibles; celles qui suivent les plaies étendues avec perte de substance, sont souvent enfoncées, adhérentes aux os, et se déchirent avec facilité. Les cicatrices des brûlures restent fort long-temps rouges, elles sont irrégulières et coupées dans diverses directions, par des brides blanchâtres, plus ou moins multipliées : les cicatrices des bubons, des glandes lymphatiques suppurées, sont ordinairement plissées, et présentent des stries radiées qui leur donnent parfois une apparence étoilée; les cicatrices des vieux ulcères, sont ordinairement lisses, ou couvertes de croûtes, qui peuvent acquérir beaucoup d'épaisseur.

Lorsqu'un malade à succombé pendant le traitement d'une plaie, celle-ci éprouve des changemens remarquables après la mort; ses bords s'affaissent ainsi que les bourgeons charnus dont elle est couverte, elle pâlit sensiblement, et souvent la cicatrice commençante, ne paraît plus aussi distincte de la portion suppurante de la plaie que pendant la vie; il est donc plus difficile en

général, de distinguer après la mort, le degré de la cicatrisation et l'ancienneté de la blessure, que pendant la vie.

Les plaies contuses, dans lesquelles l'épiderme ou les couches les plus superficielles du derme ont été détachées, se couvrent d'une croûte de sang coagulé, qui reste adhérente, pendant les trois ou quatre premiers jours, et se sépare lorsque la suppuration commence à s'établir dans la partie sous-jacente.

TRENTE-SEPTIÈME LEÇON.

Histoire medico-légale des blessures.

ARTICLE PREMIER.

Législation sur les blessures.

« Il n'y a ni crime ni délit, lorsque l'homicide, les blessures et les coups étaient commandés par la nécessité actuelle de la légitime défense de soi-même ou d'autrui. » (Code pénal, art. 328.)

« Sont compris dans les cas de nécessité actuelle de défense les deux cas suivans :

« 1° Si l'homicide a été commis, si les blessures ont été faites, ou si les coups ont été portés en repoussant pendant la nuit l'escalade, ou l'effraction des clôtures, murs ou entrées d'une maison ou d'un appartement habité, ou leurs dépendances ; 2° si le fait a eu lieu en se défendant contre les auteurs de vols ou de pillages exécutés avec violence. » (Code pénal, art. 329.)

« Quiconque, par imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlemens, aura commis involontairement un homicide, ou en aura involontairement été la cause, sera

puni d'un emprisonnement de trois mois à deux ans, et d'une amende de cinquante francs à six cents francs. » (Code pénal, art. 319.)

« S'il n'est résulté du défaut d'adresse ou de précaution, que des blessures ou coups, l'emprisonnement sera de six jours à deux mois, et l'amende sera de seize francs à cent francs. » (Code pénal, art. 320.)

« L'homicide commis volontairement est qualifié meurtre. » (Code pénal, art. 295.)

« Tout meurtre commis avec préméditation ou de guet-apens est qualifié assassinat. » (Code pénal, art. 296.)

« Tout coupable d'assassinat, de parricide, d'infanticide ou d'empoisonnement, sera puni de mort, sans préjudice de la disposition particulière contenue en l'art. 13, relativement au parricide. » (Code pénal, art. 302.)

« Le meurtre emportera la peine de mort, lorsqu'il aura précédé, accompagné ou suivi un autre crime ou délit. En tout autre cas, le coupable de meurtre sera puni de la peine des travaux forcés à perpétuité. » (Code pénal, art. 304.)

« Toute personne coupable du crime de castration subira la peine des travaux forcés à perpétuité. Si la mort en est résultée avant l'expiration des quarante jours qui auront suivi le crime, le coupable subira la peine de mort. » (Code pénal, art. 316.)

« Le crime de castration, s'il a été immédiatement provoqué par un outrage violent à la pudeur, sera considéré comme meurtre ou blessures excusables. » (Code pénal, art. 325.)

« Sera puni de la peine de la réclusion, tout individu qui aura fait des blessures ou porté des coups, s'il est résulté de ces actes de violence une maladie ou incapacité de travail personnel pendant plus de vingt jours. » (Code pénal, art. 309.)

« Si le crime mentionné au précédent article a été commis avec préméditation ou guet-apens, la peine sera celle des travaux forcés à temps. » (Code pénal, art. 310.)

« Lorsque les blessures ou les coups n'auront occasioné

aucune maladie ni incapacité de travail personnel de l'espèce mentionnée en l'art. 309, le coupable sera puni d'un emprisonnement d'un mois à deux ans, et d'une amende de seize francs à deux cents francs. — S'il y a eu préméditation ou guet-apens, l'emprisonnement sera de deux ans à cinq ans, et l'amende de cinquante francs à cinq cents francs. » (Code pénal, art. 311.)

« Le meurtre, ainsi que les blessures et les coups, sont excusables, s'ils ont été provoqués par des coups ou violences graves envers les personnes. » (Code pénal, art. 321.)

« Les crimes et délits mentionnés au précédent article sont également excusables, s'ils ont été commis en repoussant, pendant le jour, l'escalade ou l'effraction des clôtures, murs ou entrée d'une maison ou d'un appartement habité, ou de leurs dépendances. » (Code pénal, art. 322.)

« Le parricide n'est jamais excusable. » (Code pénal, art. 323.)

« Le meurtre commis par l'époux sur l'épouse, ou par celle-ci sur son époux, n'est pas excusable, si la vie de l'époux ou de l'épouse qui a commis le meurtre n'a pas été mise en péril dans le moment même où le meurtre a eu lieu. Néanmoins, dans le cas d'adultère, prévu par l'art. 336, le meurtre commis par l'époux sur son épouse, ainsi que sur le complice, à l'instant qu'il les surprend en flagrant délit dans la maison conjugale, est excusable. » (Code pénal, art. 324.)

« Lorsque le fait d'excuse sera prouvé, s'il s'agit d'un crime emportant la peine de mort ou celle des travaux forcés à perpétuité, ou celle de la déportation, la peine sera réduite à un emprisonnement d'un an à cinq ans.

« S'il s'agit de tout autre crime, elle sera réduite à un emprisonnement de six mois à deux ans.

Dans ces deux premiers cas, les coupables pourront de plus être mis, par l'arrêt ou le jugement, sous la surveillance de la haute police pendant cinq ans au moins, et dix ans au plus. S'il s'agit d'un délit, la peine sera réduite à un emprisonnement de six jours à six mois. » (Code pénal, art. 326.)

« Tout individu qui, même sans armes et sans qu'il en soit résulté des blessures, aura frappé un magistrat dans l'exercice de ses fonctions, ou à l'occasion de cet exercice, sera puni d'un emprisonnement de deux à cinq ans. Si cette voie de fait a eu lieu à l'audience d'une cour ou d'un tribunal, le coupable sera puni du carcan. » (Code pénal, art. 228.)

« Les violences de l'espèce exprimée en l'article 228, dirigées contre un officier ministériel, un agent de la force publique, ou un citoyen chargé d'un ministère de service public, si elles ont eu lieu pendant qu'ils exerçaient leur ministère, ou à cette occasion, seront punies d'un emprisonnement d'un mois à six mois. » (Code pénal, art. 230.)

« Si les violences exercées contre les fonctionnaires et agens désignés aux articles 228 et 230, ont été la cause d'effusion de sang, blessures ou maladie, la peine sera la réclusion; si la mort s'en est suivie dans les quarante jours, le coupable sera puni de mort. » (Code pénal, art. 231.)

« Dans le cas même où ces violences n'auraient pas causé d'effusion de sang, blessures ou maladie, les coups seront punis de la réclusion, s'ils ont été portés avec préméditation ou guet-apens. » (Code pénal, art. 232.)

« Tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage, oblige celui par les fautes duquel il est arrivé à le réparer. » (Code civil, art. 1382.)

« Chacun est responsable du dommage qu'il a causé, non-seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence. » (Code civil, art. 1383.)

Les dispositions dont il vient d'être fait mention prouvent, jusqu'à l'évidence, que le législateur a pris pour base des peines portées contre l'auteur des blessures, l'*intention* qui l'a dirigé dans son action, et les *effets* qui en sont résultés: car, d'une part, il distingue l'acte commis avec préméditation, de l'acte volontaire non prémédité, et de celui qui, étant également invo-

lontaire, doit être attribué à un accident; d'une autre part, il admet des blessures qui sont suivies de la mort, d'autres qui entraînent une incapacité de travail personnel pendant plus de vingt jours, et d'autres, enfin, beaucoup moins graves, qui n'occasionent aucune maladie, ni incapacité de travail personnel pendant vingt jours. Il résulte également de ces dispositions, que la rigueur des peines augmente suivant les circonstances qui accompagnent le crime et la qualité des personnes sur lesquelles il a été commis. On voit enfin que l'on a fixé la réparation du dommage dont la blessure a été la cause.

Remarques sur cette législation. Il existe des blessures qu'il est impossible de guérir en moins de vingt jours, telles que les fractures, les fortes contusions, etc., et qui peuvent dépendre du même acte de violence qui aura déterminé une blessure guérissable en moins de vingt jours : la faute morale est la même dans les deux cas; la peine est pourtant bien différente. (*Voy.* les articles 309 et 311, page 601.) Le législateur n'aurait-il pas dû établir ici plus de gradation dans les peines, en ayant égard à la fois à la gravité du désordre produit et à la moralité de l'action? Et déjà ne voyons-nous pas que, d'après quelques-uns des articles cités plus haut (*voy.* pag. 600), la loi n'inflige que des peines légères aux auteurs des blessures faites involontairement et par accident, lors même que la mort s'en serait suivie?

L'expérience démontre journellement la trop grande sévérité de l'article 309 du code pénal; aussi voit-on très-fréquemment les jurys n'ajouter aucune foi aux diverses dépositions, pour éviter de condamner les ac-

cusés au *maximum* de la peine. D'une autre part, le courage du blessé peut être tel, qu'après avoir reçu un coup qui doit le faire périr avant le vingtième jour, il n'interrompe son travail qu'après dix, douze ou quinze jours. Comment appliquer alors l'article 311, dans lequel l'incapacité de travail personnel est regardée comme une condition pénale absolue?

Les considérations qui précèdent ont déjà fait sentir la nécessité de modifier la législation relative aux blessures; des faits authentiques, dont nous allons indiquer le sommaire, prouvent qu'il serait injuste de la conserver. Nous établirons avec soin, lorsque nous parlerons des *circonstances* qui *influent sur la guérison plus ou moins prompte des blessures*, que celles-ci peuvent être de nature à guérir dans l'espace de six à dix jours, et que pourtant, dans certains cas, leur durée peut se prolonger au-delà du trentième jour, soit à cause d'une disposition morbide du blessé, ou des circonstances atmosphériques dans lesquelles il aura été placé; soit parce qu'il aura été privé des secours de l'art, ou que ces secours auront été mal dirigés ou repoussés par lui; soit, enfin, parce que, dans la vue d'obtenir des dommages et intérêts plus considérables, ou par motif de vengeance, il aura employé des moyens capables d'aggraver ses blessures ou d'en prolonger la durée. Certes, dans aucun de ces cas, l'agresseur ne peut être passible du retard qu'éprouve la guérison.

L'article 231 du code pénal qui prononce la peine capitale lorsque des violences exercées contre des fonctionnaires publics ont amené la mort dans les quarante jours (*voy.* pag 603.), devrait également être

modifié ; car il peut se faire que le cause de la mort ne soit aucunement liée à la blessure, tandis que, d'une autre part, il arrive souvent que le blessé périt, par l'effet de la blessure, plusieurs mois après qu'il a été l'objet de la violence : ainsi, dans un cas, on rendrait injustement l'agresseur responsable d'un crime qu'il n'a point commis, tandis que dans l'autre cas, la peine, serait loin d'être en proportion avec le délit. Les observations à l'appui de cette assertion importante se présentent en foule.

Article premier.

Classification des blessures.

Tous les auteurs de médecine légale se sont efforcés d'établir des divisions méthodiques des blessures basées sur la gravité plus ou moins grande de leurs effets, comme pour rapporter les différens cas individuels aux classes, aux ordres et aux genres qu'ils avaient adoptés : cette marche leur a paru une conséquence nécessaire des dispositions des lois que nous avons fait connaître, de l'institution du jury et des défenseurs ; ainsi on a distingué des blessures *simples*, *graves* et *mortelles* ; ces dernières sont mortelles par elles-mêmes ou *nécessairement* mortelles, et mortelles par *accident* : les blessures *nécessairement* mortelles sont subdivisées en blessures de nécessité mortelles chez *tous les individus*, et en blessures de nécessité *individuellement* mortelles. — Les blessures *graves* ont été divisées en blessures *pouvant* devenir *mortelles*, et en blessures *pouvant gêner* l'exercice de quelques fonctions. — On devine ai-

sément ce que l'on a entendu par blessures *simples*. Il existe encore plusieurs autres distributions des blessures, que nous nous dispenserons de faire connaître, parce qu'elles sont loin d'avoir, en médecine légale, l'importance qu'on a voulu leur donner.

« Les classifications systématiques admises dans quelques tribunaux étrangers, a dit avec raison M. Chaussier, et répétées encore par plusieurs médecins, sont-elles fondées sur des bases invariables? Peuvent-elles comprendre, exprimer les différences que présentent les blessures? Et ces distinctions minutieuses, ces dénominations diverses, tour à tour imaginées, et auxquelles on attache un sens plus ou moins restreint, ne tendent-elles pas plutôt à obscurcir qu'à éclairer l'objet? Ne donnent-elles pas lieu le plus souvent à des discussions verbeuses plus ou moins subtiles, souvent inintelligibles, qui, en dénaturant l'objet essentiel, conduisent à l'erreur ou à l'injustice; enfin, quoique l'intention ne change pas la nature du fait, ces classifications peuvent-elles être admises dans les tribunaux, où l'on considère *toujours l'intention?* » (Table synoptique des blessures.)

ARTICLE II.

Du danger des blessures, de leur marche, de leur terminaison : des moyens d'apprécier jusqu'à quel point leurs effets doivent être rapportés à la violence extérieure qui les a produites.

Nous comprenons sous ce titre la partie la plus importante de l'histoire médico-légale des blessures, celle

que plusieurs auteurs ont cru devoir désigner sous le nom de *pronostic* des blessures. Le mot pronostic, dérivé de πρὸ d'avance, et de γινώσκω, je connais, est évidemment impropre dans le cas dont il s'agit, puisque l'homme de l'art est non-seulement appelé pour donner son avis sur l'issue probable d'une blessure, mais encore, et plus souvent, pour décider après la guérison ou la mort du blessé, jusqu'à quel point la blessure a été la cause des accidens qui se sont manifestés.

Plusieurs médecins admettent avec Stoll, que le danger des blessures ne peut être déterminé qu'*individuellement*; et ils veulent qu'avant de porter le jugement, on ait égard à la nature de la partie lésée, à la cause vulnérante, à l'intensité de la lésion, à l'état organique du blessé, et aux diverses circonstances qui peuvent aggraver la blessure, en prolonger la durée et en rendre les suites plus ou moins fâcheuses. En procédant ainsi, il est impossible d'assigner constamment *à priori* l'époque de la guérison, si la blessure est curable; et en supposant que l'on soit appelé, lorsque la maladie est terminée, il n'est pas toujours aisé de décider jusqu'à quel point certaines circonstances ont influé sur le retard qu'a éprouvé la guérison : il est encore fort difficile de déterminer quelquefois si la mort du blessé est un résultat nécessaire de la lésion, ou si elle n'est pas due à l'action d'une cause indépendante de la volonté de l'aggresseur. Le jugement à porter, comme on voit, est basé sur un assez grand nombre d'élémens, pour que la résolution du problème soit effectivement fort compliquée.

D'autres praticiens pensent au contraire que les bles-

sures doivent être estimées d'une manière *générale*, prise dans leur terminaison particulière, mais constante et inhérente à leur nature chez l'individu sain et exempt de sur-causes. Cette opinion vient d'être soutenue avec force par le docteur Biessy, qui propose d'avoir recours à un tableau dans lequel il fixe le nombre de jours nécessaires pour la guérison des excoriations, des inflammations, des escarres, des contusions, des ecchymoses, des différentes espèces de plaies, etc., suivant qu'elles intéressent la peau, les membranes muqueuses, les muscles, les os, et suivant que la maladie se termine par résolution, par suppuration, par la formation du cal, etc., ou que les solutions de continuité ont été réunies par première intention. (Manuel de méd. légale, p. 133.) Ce n'est pas, dit le docteur Biessy, que le tableau dont il s'agit présente une exactitude mathématique; mais il lui semble que c'est ainsi que les diverses lésions doivent être considérées, pour la médecine légale, puisque c'est en observant la terminaison simple et naturelle de chaque blessure, qu'on peut fonder légalement un pronostic, et obvier aux dangers toujours graves de laisser ce pronostic à l'arbitraire des hommes de l'art et aux contestations des gens d'affaires.

Après avoir fait connaître les deux opinions fondamentales sur les moyens d'apprécier les effets des blessures, nous allons parcourir rapidement les divers problèmes que l'homme de l'art peut être appelé à résoudre; cette connaissance nous mettra à même de juger laquelle des deux méthodes doit être préférée. Nous espérons que les détails dans lesquels nous allons

entrer, en indiquant à l'autorité les innombrables lacunes que présentent les dispositions pénales actuellement en vigueur, engageront les jurisconsultes à donner une plus grande extension à la partie du code pénal relative aux blessures, et à réformer les articles 309 et 311 du code pénal, en prenant pour base les propositions suivantes (1) :

1° Une blessure est immédiatement suivie de la mort, ou fait périr le blessé dans l'espace de quelques heures. Ici la mort est tellement l'effet de la blessure, qu'il serait impossible qu'elle n'arrivât pas. Le médecin peut la prédire : nous citerons pour exemple les lésions étendues et profondes du cœur avec un épanchement considérable.

2° La mort ne tarde pas à suivre une blessure en apparence fort grave ; mais le diagnostic est assez difficile à établir pour que l'on soit obligé d'attendre que l'ouverture du cadavre ait fourni la preuve que le blessé a péri par suite de la lésion.

3° Un individu succombe peu de temps après avoir été l'objet d'une violence extérieure ; mais la blessure est tellement légère, qu'il est permis d'annoncer avant la mort qu'elle est étrangère à cet effet, et l'ouverture du cadavre confirme cette prédiction : c'est évidemment le cas d'une personne qui devait périr quand même elle n'aurait pas été blessée.

---

(1) Il ne sera pas inutile de rappeler au lecteur que les articles 309, 311 et 319 du Code pénal, que nous avons transcrits aux pages 600 et 601, sont les seuls dont on puisse faire actuellement l'application aux cas dont il s'agit.

4° La mort arrive subitement ou dans l'espace de quelques heures, à la suite d'une violence extérieure qui ne paraissait pas assez intense pour devoir produire un effet aussi fâcheux : ainsi un coup léger porté sur la tête d'un homme dont le *crâne est fort mince*, ou sur le thorax d'un autre qui est atteint d'une *maladie grave* du cœur ou du poumon, les fait périr, tandis que le même coup n'aurait donné lieu qu'à des accidens fort ordinaires chez tout autre individu bien portant. Dans certains cas, l'homme de l'art a pu présumer avant la mort du blessé, que la blessure était la cause de la mort, mais il a fallu pour en acquérir la conviction attendre que le cadavre eut été ouvert.

5° La mort ne tarde pas à suivre une blessure grave ; cependant il était possible de la prévenir dans beaucoup de cas, en prodiguant avec promptitude les secours convenables : tel serait le cas d'un individu dont l'artère carotide externe ou l'artère fémorale aurait été ouverte. On ne craindra pas de se tromper en annonçant d'avance que la mort est le résultat de la blessure.

6° Un individu placé dans les mêmes circonstances que le précédent périt, tandis qu'il aurait pu survivre, si l'homme de l'art qui l'a secouru à temps avait tenté une opération qu'il n'a pas osé entreprendre, ou si l'ayant entreprise, il l'eût pratiquée avec le talent nécessaire.

7° La mort arrive plusieurs mois après l'action d'un instrument vulnérant : le blessé n'éprouve d'abord que de très-légers accidens qui ne l'empêchent même pas de continuer ses travaux pendant les vingt jours qui suivent le moment de la blessure ; cependant il est

prouvé par l'ouverture du cadavre, par les signes commémoratifs et par d'autres circonstances, que la mort est l'effet de la blessure, et que les secours de l'art les mieux combinés n'auraient pu la prévenir.

8° Une blessure aurait été guérie avant le vingtième jour, si le blessé, par quelque motif d'intérêt ou de vengeance, n'avait pas cherché à l'aggraver en faisant usage de caustiques, etc.

9° La guérison d'une blessure aurait eu lieu avant le vingtième jour, si le lieu qu'habite le blessé, le climat et la saison ne s'y étaient opposés, si les secours de l'art eussent été rationnels et prodigués à temps, si le plaignant ou ceux qui l'assistent n'eussent pas enfreint les règles de l'hygiène : l'homme de l'art affirme que l'incapacité de travail pendant plus de vingt jours, tient évidemment à l'une ou à l'autre des circonstances que nous venons d'indiquer, ou bien il déclare, que sans pouvoir l'affirmer, il présume que le retard de la guérison dépend d'une de ces causes.

10° Une blessure est assez légère pour devoir guérir dans l'espace de dix, douze ou quinze jours; néanmoins elle entraîne une incapacité de travail pendant trente ou quarante jours, sans que l'on puisse accuser le malade, les assistans ou le médecin d'imprudence ou d'impéritie : la cause du retard consiste dans un vice de la constitution du blessé. Ici il peut se présenter deux cas forts différens : *a*, les vices de constitution sont facilement appréciables, l'homme de l'art prononce qu'ils existent, et n'hésite pas à leur attribuer la trop grande durée de la maladie ; *b*, l'altération des solides ou des humeurs qui détériore la constitution

n'est pas évidente; le médecin ne peut pas affirmer qu'il y ait un vice, et par conséquent il ne peut rien apprendre sur le rôle qu'il joue pendant la maladie.

11° Une violence extérieure détermine des fractures chez un vieillard, l'avortement chez une femme enceinte, tandis que le même coup aurait à peine entraîné l'incapacité de travail pendant deux ou trois jours, chez des individus placés dans des conditions opposées. L'agresseur prétexte l'ignorance de la grossesse, parce que la femme n'était enceinte que de deux à trois mois.

12° Une blessure qui a menacé plus ou moins les jours du malade guérit; mais le blessé reste infirme ou estropié : dans certains cas l'infirmité est absolue, c'est-à-dire qu'elle est simplement l'effet de la blessure, et doit exister chez tous les blessés; dans d'autres circonstances, elle est relative et pourrait ne pas avoir été la suite de la blessure, si le blessé n'eût pas été atteint d'un vice de conformation, d'une maladie, etc.; l'infirmité peut être curable ou incurable.

Il résulte évidemment des propositions qui précèdent, que l'opinion de Stoll, savoir : *que le danger des blessures ne peut être jugé qu'individuellement*, est la seule admissible. Le médecin, dit M. Chaussier, doit se borner à considérer, à exprimer l'état particulier de chacun des cas pour lesquels il est requis; car, quelque semblables que paraissent des affections, elles diffèrent toujours par quelques points.

Nous adopterons volontiers avec le docteur Biessy, qu'il serait possible de se servir souvent avec avantage du tableau qu'il a proposé, en lui faisant subir de

légères modifications, parce qu'il est vrai que *dans la plupart des cas*, on doit déclarer comme lésions simples, devant guérir dans un espace de temps déterminé, et *avant le vingtième jour*, les excoriations, les contusions bornées à la peau et au tissu cellulaire, et se terminant par résolution, les plaies non compliquées susceptibles de guérir par réunion immédiate, et celles qui offrant peu d'étendue, se cicatrisent sans donner lieu à une suppuration abondante, les brûlures superficielles peu intenses, et celles qui, étant plus graves, sont bornées à un très-petit espace. Mais il est des circonstances où l'usage d'un pareil tableau pourrait induire le médecin en erreur : parmi les exemples qui se présentent, nous citerons le suivant. Un individu est piqué à la face palmaire du doigt index, la peau seule est intéressée, on déclare que la lésion est simple parce qu'en effet la plupart des piqûres des autres parties de la peau guérissent facilement, et que même on a vu de semblables piqûres au doigt ne donner lieu à aucun accident grave; cependant un panaris se développe, et si le malade ne reçoit pas les secours convenables, il est exposé à perdre le membre; il peut même succomber à une affection cérébrale.

Ajoutons à ces considérations, que le docteur Biessy suppose avec Mahon « que le blessé est toujours doué de cette constitution naturelle que tout homme est censé avoir apportée en naissant, c'est-à-dire de cette conformation des parties solides, de ces qualités des fluides, de leurs propriétés, de leurs fonctions ordinaires, telles que la physiologie nous les présente. » (*Mahon*, Méd. légale). Or, cette proposition, énoncée

d'une manière aussi générale, est inadmissible, puisqu'on n'observe pas une pareille constitution chez plusieurs individus. On dira, sans doute, qu'il est souvent aisé de juger, en examinant le blessé pour la première fois, que les solides ou les liquides sont viciés de telle sorte que la guérison devra être retardée : mais il n'en est pas toujours ainsi, car on est souvent dans l'impossibilité de découvrir les vices de constitution qui pourront entraver la marche de la nature. Du moins, répondra-t-on, sera-t-il permis d'attribuer à la mauvaise constitution du blessé la trop longue durée du traitement, lorsqu'on ne sera appelé à porter son jugement qu'à la fin de la maladie, si l'on apprend que celle-ci n'a été compliquée d'aucun accident dépendant du médecin, des assistans, ou des imprudences que le malade aurait pu commettre. Soit ; il n'en est pas moins vrai que l'on aurait été induit en erreur si l'on avait prononcé *à priori* d'après le tableau, que la maladie ne devait durer qu'un très-petit nombre de jours. Une autre observation que ne manqueront pas de faire les partisans de la doctrine que nous combattons, consiste en ce qu'il importe peu à l'agresseur que le blessé fût doué de telle ou de telle autre constitution, que la blessure dont il a été la cause, étant de nature à devoir être guérie en peu de jours, *chez la plupart des individus*, il ne doit être passible en aucune manière des obstacles qu'a éprouvés la guérison, et qui tiennent à des vices de constitution qu'il ne pouvait point prévoir. C'est aux magistrats à apprécier la valeur de cette observation et à faire une juste application des articles 309, 311, et 319 du Code pénal, qui se rapportent à cet

objet. Le médecin a rempli son devoir, lorsqu'il a établi que la guérison de la blessure n'a été retardée que par suite de la mauvaise constitution du blessé.

Il nous paraît démontré, d'après ce qui précède, que le danger des blessures ne peut être jugé *qu'en ayant égard à la nature de la partie lésée et à la cause vulnérante, ainsi qu'aux diverses circonstances qui influent sur leur durée et sur leurs suites*, matières qui vont faire l'objet des deux paragraphes suivans. (*Voyez* page 722, pour les *régles de l'examen médico-légal des blessures.*)

TRENTE-HUITIÈME LEÇON.

§ Ier.

Des blessures considérées sous le rapport de la cause vulnérante et des parties atteintes.

Évitons le double écueil dans lequel sont tombés les médecins qui ont voulu tour à tour juger les dangers des blessures seulement d'après la nature de la partie lésée ou d'après la manière dont elles avaient été faites et les diverses circonstances qui les avaient accompagnées. Les détails dans lesquels nous allons entrer prouveront jusqu'à l'évidence la nécessité de considérer à la fois ces deux objets dans toute recherche relative à la léthalité des blessures.

Blessures de la tête.

Les blessures de la tête méritent de fixer l'attention des gens de l'art, non-seulement parce qu'elles

ont souvent les suites les plus fâcheuses, mais encore par la difficulté que l'on peut éprouver à en établir le diagnostic et le pronostic. L'inflammation du cerveau, du cervelet ou de leurs membranes; la commotion de l'encéphale; des épanchemens mortels de pus ou de sang dans la propre substance de ces viscères, entre leurs membranes ou entre la dure-mère et les os du crâne, tels sont les accidens graves auxquels elles peuvent donner lieu. Tantôt la lésion extérieure est nulle ou tellement peu sensible qu'elle semblerait ne pas devoir être redoutée, et pourtant le désordre est extrême dans la cavité du crâne; le blessé périt en peu de jours si on ne se hâte point de lui prodiguer les secours les plus énergiques et les mieux combinés; dans d'autres circonstances, les effets de la blessure ont été bornés aux tégumens; mais les symptômes qui se manifestent sont de nature à faire craindre la lésion des organes plus profondément situés; il est des cas où la violence exercée sur la tête n'est suivie d'aucun phénomène propre à inspirer la moindre crainte, tandis que plusieurs jours et même plusieurs semaines après, il se développe tout à coup une maladie dont on arrête avec peine les progrès; ici la mort survient immédiatement après l'action de l'instrument vulnérant, et l'ouverture du cadavre ne montre aucune altération dans les tissus qui puisse expliquer un effet aussi redoutable; c'est ce que l'on observe dans les commotions cérébrales les plus violentes; là on démontre, par un examen attentif des organes contenus dans la cavité du crâne, quelle a été la cause de la mort, mais il est extrêmement difficile de décider si

l'on aurait dû, d'après l'existence d'un certain nombre de symptômes, pratiquer des ouvertures pour donner issue aux liquides épanchés, ou, en d'autres termes, si l'on aurait pu empêcher la mort.

Les blessures de la tête ont été divisées en *internes* et en *externes;* celles-ci sont moins graves que les autres, quoique cependant elles ne soient pas toujours exemptes de dangers. Nous adopterons cette division comme la plus simple; toutefois nous ferons observer que souvent les blessures de la tête sont plutôt mixtes qu'internes ou externes, c'est-à-dire qu'elles intéressent à la fois les tégumens et les organes plus profondément situés.

Piqûres des parties molles externes. La piqûre des tégumens du crâne offre, en général, peu de danger: on voit paraître une tumeur inflammatoire peu douloureuse, plus ou moins étendue et qui occupe quelquefois toute la tête; souvent le blessé éprouve des nausées et un peu de fièvre. Ce n'est guère que lorsqu'un ou plusieurs filets nerveux ont été imparfaitement coupés par l'instrument, que l'on voit se joindre à ces symptômes des accidens plus fâcheux : en effet, il paraît alors du troisième au quatrième jour, un engorgement inflammatoire qui prend le caractère de l'érysipèle, et qui est souvent accompagné de fièvre et de tous les symptômes de l'embarras gastrique. Dans certaines circonstances, le malade éprouve du délire, de l'assoupissement, etc., phénomènes que l'on serait tenté de rapporter à l'inflammation du cerveau ou des méninges, à des épanchemens, etc.

Plaies des parties molles externes, par instrument

tranchant. Elles sont presque toujours exemptes de danger, à moins qu'il n'y ait eu commotion du cerveau, ou que des vaisseaux considérables ayant été ouverts, le blessé n'ait pas été promptement secouru. L'inflammation qui complique si souvent les piqûres, est ici beaucoup moins à craindre. Toutefois il importe, avant de prononcer sur les effets de ces blessures, d'avoir égard à la partie de la tête qui en est le siége : ainsi les plaies des muscles temporaux (temporo-maxillaires) peuvent être plus dangereuses que celles des autres régions, non-seulement parce que l'artère temporale aura été ouverte, mais encore parce qu'elles sont ordinairement suivies d'une inflammation assez considérable, et par la gêne des mouvemens de l'os maxillaire inférieur.

Contusions des tégumens du crâne. Le résultat le plus ordinaire d'une pareille contusion, est une infiltration ou un épanchement de sang sous la peau ou sous l'aponévrose et le péricrâne; on lui donne ordinairement le nom de *bosse,* et l'on sait qu'elle n'offre aucun danger, s'il n'y a pas eu lésion du cerveau ou de ses membranes, la résolution ne tardant pas à avoir lieu. Assez souvent, cependant, la partie lésée s'enflamme, l'inflammation se termine par suppuration, et le blessé éprouve de la fièvre. Dans des cas assez rares, l'inflammation de la pie-mère ou de l'arachnoïde a été le résultat d'un coup léger porté à la tête : la maladie s'est terminée par suppuration, et le pus s'est épanché à la surface ou entre les lames de ces membranes. Le pronostic des bosses dont nous parlons a souvent donné lieu à des méprises funestes de la part de chi-

rurgiens peu attentifs qui ont cru reconnaître un enfoncement du crâne, lorsqu'il n'y avait qu'une simple bosse molle et enfoncée dans son milieu, mais dont les bords étaient durs et élevés, comme on le voit particulièrement dans les cas où l'instrument contondant a agi obliquement, et que le tissu cellulaire sous-cutané a été dilacéré. On a encore commis une erreur grossière, en prenant pour les mouvemens pulsatifs du cerveau, les battemens que présentent quelquefois ces tumeurs, et qui résultent de l'ouverture d'une artère un peu considérable.

Les plaies contuses des tégumens du crâne, et surtout les *plaies d'armes à feu* se compliquent souvent d'inflammation; leur danger n'est pourtant pas très-grand, s'il n'y a pas eu commotion du cerveau, ou si, comme il arrive quelquefois, l'inflammation ne s'est pas propagée aux membranes du cerveau ni à cet organe.

Piqûres des os du crâne. Si la piqûre est bornée à la table externe de l'os, elle n'entraîne aucun accident et doit être assimilée à celle qui n'aurait atteint que les parties molles. Il n'en est pas ainsi lorsque l'instrument vulnérant a intéressé le cerveau ou ses membranes; car l'inflammation de ces organes peut être la suite de la lésion, ou de l'irritation produite par des esquilles détachées d'un os fracturé; il peut y avoir des épanchemens mortels : les exemples de pareilles blessures qui avaient paru d'abord superficielles, qui s'étaient bien guéries en apparence, et qui au bout de quelques jours ont donné lieu aux accidens les plus graves, ne sont point rares. Ajoutons à cela, que la difficulté du pronostic est souvent aug-

mentée par l'impossibilité où l'on est de reconnaître au juste l'étendue de la lésion, surtout dans les premiers temps.

Plaies des os du crâne, par instrument tranchant. La guérison ne se fait pas attendre, lorsque l'os a été simplement divisé, et qu'il n'y a eu ni fracture ni lésion du cerveau ni de ses membranes; mais malheureusement cela ne s'observe guère; l'action des instrumens tranchans, surtout lorsqu'ils sont mus avec assez de force pour couper les os, suppose qu'il y a eu contusion, de manière que l'on remarque souvent la commotion du cerveau, la fracture de la table interne des os, et si l'instrument a pénétré assez avant, la section des méninges et même du cerveau, ce qui détermine l'inflammation, des épanchemens, etc.; d'où il suit que les blessures de ce genre sont ordinairement fort dangereuses. Leur gravité ne saurait être appréciée autrement qu'en comparant les symptômes qui ont paru au moment du coup et après qu'il a été porté, à l'instrument vulnérant, à la force avec laquelle il a agi, à sa direction, etc.

Contusion des os du crâne. L'action des corps contondans sur les os du crâne détermine la simple contusion, la dénudation, la fracture de ces os, ou l'écartement de leurs sutures; souvent les blessures de ce genre sont excessivement graves, parce qu'il y a eu en même temps commotion du cerveau, ou qu'elles ont été suivies d'épanchement plus ou moins considérable, etc.; mais comme ces accidens fâcheux ne sont pas tellement liés aux lésions dont nous parlons, qu'ils doivent constamment les accompagner, il im-

porte d'examiner celles-ci séparément. La *contusion* sans dénudation des os du crâne donne quelquefois lieu à la carie, à la nécrose et même à l'exostose, dont les dangers seront facilement appréciés par tous les praticiens. La *dénudation* sans contusion est une maladie légère, toutes les fois que l'os dépouillé n'est point altéré, et que les parties ont été rapprochées assez à temps pour empêcher l'action de l'air et des autres irritans qui pourraient nécroser les lames les plus superficielles. Si l'os *dénudé* a été en même temps *contus*, il y a nécessairement exfoliation; ses lames superficielles sont affaissées et sensiblement déprimées. Les *fractures* ne présentent pas toutes les mêmes dangers: tout étant égal d'ailleurs, les plus graves sont celles de la base du crâne, qui sont presque toujours mortelles; celles des parties latérales le sont moins; celles de la voûte sont les moins dangereuses. Plus il y a de vaisseaux artériels et veineux ouverts dans l'intérieur du crâne, plus ces vaisseaux sont considérables, et plus la fracture doit être redoutée. Il n'est pas rare de voir de simples fêlures du crâne déterminer des accidens beaucoup plus graves que les fractures, et même que les grands fracas de cette boîte osseuse, parce que la commotion du cerveau est beaucoup plus forte, le diagnostic plus difficile à établir, et que le sang qui peut avoir été épanché n'a point d'issue au dehors, comme lorsque la fracture a été considérable. Les fractures avec enfoncement sont plus à craindre que les autres, tout étant égal d'ailleurs. L'*écartement des sutures* ne saurait avoir lieu sans épanchement de sang entre les os et la dure-mère : en

effet, il suppose nécessairement que cette membrane a été séparée aux endroits correspondans aux sutures, et que les vaisseaux et les prolongemens du péricrâne qui s'y rendent ont été rompus; mais le danger ne se borne pas là; il est rare qu'un effort assez grand pour écarter les sutures ne détermine pas dans l'intérieur du crâne des désordres excessivement graves. Heureusement cet accident n'est pas commun; on sait qu'il est presqu'impossible de l'observer chez les vieillards.

La contusion du crâne par les *armes à feu*, en supposant même qu'elle ne soit suivie ni de commotion du cerveau, ni d'épanchement, occasione presque toujours, si la balle est dans toute la force de son mouvement, la séparation du péricrâne, des fêlures, la fracture et le détachement de la table interne des os, la meurtrissure des muscles et de leurs aponévroses, etc. Quelquefois la balle reste enclavée dans l'épaisseur de l'os, ou s'arrête sur la dure-mère, puis elle perce cette membrane pour s'enfoncer plus tard dans le cerveau. (*Voy. Plaies contuses du cerveau par des armes à feu*, p. 624.) Les accidens qui aggravent ces blessures sont d'autant plus redoutables, qu'ils se manifestent souvent au moment où l'on s'y attend le moins.

Piqûres de l'encéphale et de ses membranes. Les piqûres du cervelet et de la moelle allongée sont mortelles; la mort arrive, tantôt au bout de plusieurs heures, tantôt au bout de plusieurs jours. Celles de la base du cerveau, quoique moins graves que les précédentes, sont encore fort dangereuses; presque toujours elles font périr les blessés, soit à l'instant même, soit au bout d'un temps plus ou moins long. La piqûre

des parties lattérales ou supérieures du cerveau est beaucoup moins dangereuse : toutefois si dans certaines circonstances elle a été suivie de la guérison, on l'a vue quelquefois déterminer la mort vers le neuvième ou le dixième jour. Du reste, la profondeur de ces blessures, qu'il est souvent impossible d'apprécier, influe singulièrement sur le pronostic. L'homme de l'art chargé de prononcer sur le sort d'un individu dont l'encéphale aura été piqué, ne perdra jamais de vue que le danger est relatif à l'inflammation et à la suppuration qui peuvent se manifester, à la présence de l'instrument ou d'une de ses parties, d'une esquille osseuse, à la facilité ou à la difficulté que l'on éprouvera à faire l'extraction de ce corps étranger.

Plaies du cerveau et de ses membranes, par instrument tranchant. Les plaies des parties supérieures du cerveau, lors même qu'elles sont avec perte de substance, peuvent guérir aussi facilement que celles des autres organes, s'il n'y a pas eu commotion, et si les liquides épanchés s'écoulent facilement ; ce qui tient au peu de sensibilité dont jouit la surface cérébrale. Mais elles sont presque toujours mortelles si elles ont pénétré profondément dans ces mêmes parties ou dans les parties latérales, car alors on a à redouter des épanchemens, l'inflammation et la suppuration de ce viscère et de ses membranes.

Plaies contuses du cerveau et de ses membranes, par des armes à feu. Il semblerait au premier abord que ces blessures devraient être plus dangereuses que celles où le corps lancé par la poudre serait resté sur la dure-mère, ou aurait été enclavé dans l'épaisseur de l'os; mais

il n'en est pas ainsi, en général, si les ouvertures faites par le projectile ont été convenablement agrandies par le trépan pour permettre sa sortie ainsi que celle des liquides épanchés: en effet, la commotion du cerveau dans ces cas, est à peine sensible, aussi a-t-on vu guérir des blessés dont le cerveau avait été traversé plus ou moins haut. Toutefois les plaies dont nous parlons amèneront la mort au bout d'un certain temps, si la balle est perdue dans le cerveau; quelques exemples d'individus qui ont véçu pendant assez long-temps, malgré la présence de pareils corps étrangers dans cet organe, ne peuvent point infirmer cette proposition. Le pronostic de ces blessures devra être basé sur la partie du cerveau qui a été lésée, sur le trajet parcouru par le projectile, ainsi que sur l'inflammation et la suppuration qui peuvent se manifester.

Commotions du cerveau. La commotion du cerveau est un accident des plus redoutables des blessures de la tête, comme nous l'avons déjà fait pressentir. Elle est souvent encore la suite de coups portés sur le menton, d'une chute de fort haut, sur les pieds, sur les genoux ou sur les fesses, des secousses que l'on fait éprouver à la tête lorsqu'on prend quelqu'un par les cheveux, par les oreilles, etc. Elle peut être assez forte pour déterminer la mort dans l'instant même; dans ce cas, on voit à l'ouverture du cadavre que la substance du cerveau est plus serrée et plus compacte que dans l'état naturel, et par conséquent que la capacité intérieure du crâne n'est pas entièrement remplie (1). Si

(1) Il est des praticiens qui, après avoir ouvert un très-

la lésion dont nous parlons n'est pas aussi intense, le blessé perd connaissance *sur-le-champ*, et éprouve une série d'accidens qui annoncent à la fois la paralysie et l'irritation, et dont la description est du ressort de la pathologie externe; la maladie peut alors se terminer heureusement; mais assez souvent l'effort qui a déterminé la commotion, a produit en même temps la contusion et la déchirure de quelques vaisseaux sanguins, dont le résultat est un épanchement de sang caractérisé par les signes de la *compression*; en sorte que lors même que les symptômes de la commotion diminueraient d'intensité, on devrait redouter les effets de l'épanchement. On sait que la commotion du cerveau est d'autant plus à craindre, que les os du crâne résistent d'avantage; aussi l'ébranlement de ce viscère peut-il être fort léger, s'il y a eu de grandes fractures.

Épanchemens de sang dans le crâne, à la suite des percussions de la tête. Ces épanchemens peuvent se faire entre les os du crâne et la dure-mère, ou au-dessous de cette membrane, c'est-à-dire à la surface du cerveau, ou dans la propre substance de ce dernier viscère. Les premiers, que l'on peut appeler *superficiels*, sont quelquefois le résultat d'une chute sur la tête, *sans qu'il y ait eu ni fracture, ni plaie, ni contusion sensible*; ils ont leur siége dans l'une ou l'autre des régions temporales. Voici le mécanisme de leur formation: l'artère méningée moyenne est déchirée par contre-

---

grand nombre de cadavres dans des cas de commotion, se croient autorisés à ne point admettre cet affaissement de la substance cérébrale, et le vide qui en serait la conséquence.

coup, et verse une assez grande quantité de sang; celui-ci s'interpose entre la dure-mère et l'os; à mesure que cette membrane se trouve décollée, les vaisseaux qui l'unissaient au crâne sont mis à nu et donnent du sang, en sorte qu'il suffit de deux ou trois heures pour qu'il y ait plus d'une livre de ce liquide épanché; il est évident que l'on doit observer tous les symptômes de la compression cérébrale, et même que le blessé ne doit pas tarder à périr, si l'on ne pratique pas à temps les ouvertures nécessaires pour permettre au sang de s'écouler. Nous avons vu depuis six mois, avec le professeur Béclard, deux individus en proie à l'épanchement dont il s'agit; l'un d'eux périt, l'autre fut trépané à temps, et recouvra la santé; chez tous les deux il y avait environ une livre de sang épanché. Des observations analogues avaient déjà été publiées par Abernethy; d'où il résulte que, malgré l'opinion contraire de certains chirurgiens, l'artère méningée moyenne peut se rompre sans qu'il y ait fracture du crâne, et que l'épanchement qui en résulte, peut déterminer la mort en très-peu d'heures. Les épanchemens *superficiels* avec fracture sont beaucoup moins dangereux, parce que le diagnostic est plus facile, et que par conséquent on peut y remédier avec plus de sûreté; d'ailleurs, les liquides épanchés peuvent ordinairement s'écouler avec plus de facilité.

Les épanchemens de sang un peu considérables, dans la substance, entre les circonvolutions, dans les ventricules ou à la base du cerveau, ne tardent pas à être suivis de la mort, tandis qu'ils sont beaucoup moins dangereux, si le liquide épanché est en assez petite

quantité pour pouvoir être résorbé. Tout étant égal d'ailleurs, ils sont plus graves à la suite des commotions du cerveau, que lorsqu'il y a eu simplement fracture, parce que, dans ce dernier cas, il est souvent permis d'en préciser le siége et de donner issue au liquide.

Il n'entre pas dans le plan de cet ouvrage de décrire les signes de pareils épanchemens, ou de la compression du cerveau par du sang; on les trouvera parfaitement exposés dans les traités de pathologie externe; nous nous bornerons à dire que les deux symptômes caractéristiques sont la *perte de connaissance et l'assoupissement léthargique*, et que, s'il en est de même pour la commotion du cerveau sans épanchement, on pourra distinguer ces deux états, en se rappelant que, dans la commotion du cerveau, la perte de connaissance a lieu dans l'instant même, tandis qu'elle ne se manifeste, dans le cas d'épanchement, que quelque temps après l'action de la cause qui l'a déterminée : nous disons quelque temps après; en effet, tantôt il suffit de quelques minutes; dans d'autres circonstances, les symptômes de la compression ne se développent que plusieurs jours et même plusieurs semaines après que la violence a été exercée. On ne saurait trop se pénétrer de cette vérité, lorqu'on est appelé à faire un rapport sur les blessures de tête : combien de fois n'a-t-on pas vu des individus qui avaient été blessés, n'éprouver aucun accident pendant un mois, et même plus, succomber assez rapidement à un épanchement de sang qui était évidemment la suite de la lésion extérieure; dans beaucoup de circonstances, la lenteur avec laquelle le sang

s'était épanché pouvait tenir à ce que l'ouverture des vaisseaux divisés avait été bouchée par un caillot qui finissant par se pourrir, se liquéfiait, et permettait au sang de s'écouler de nouveau; et plus souvent encore, d'après M. Boyer, à ce que l'épanchement s'était fait d'abord dans la substance celluleuse des os, et qu'il ne parvenait à la surface de la dure-mère, que lorsque la table interne de ces os avait été détruite.

Si l'homme de l'art qui doit prononcer sur le danger d'un épanchement sanguin, n'est appelé qu'après la mort du blessé, il aura égard à la quantité de sang épanchée, à la place qu'il occupe, à la situation, au mode et à la forme de la blessure, ainsi qu'au traitement que le blessé aura subi.

Inflammation et suppuration du cerveau et de ses membranes. Il n'est pas rare de voir les lésions par cause externe de la tête, être suivies d'inflammation du cerveau ou de ses membranes, pour peu qu'elles soient graves : cette inflammation peut se terminer par suppuration, en sorte que le blessé éprouve alors tous les symptômes de la compression purulente. Nous renvoyons aux ouvrages de pathologie externe, pour les détails relatifs à l'invasion, à la marche, à la durée et au diagnostic de ces maladies; il ne doit être question ici que de leur pronostic. L'inflammation du cerveau et des membranes est une affection redoutable; elle n'est jamais plus dangereuse à la suite des blessures, que lorsqu'elle a été précédée de commotion; elle est en général moins grave dans le cas de contusion; elle l'est encore moins s'il y a eu plaie de ces parties, ou si elle est occasionée par un corps étranger que l'on

puisse extraire facilement. On ne peut guère espérer de la combattre avec succès que dans le début, et le malade est certain de périr, si la suppuration est déjà établie et qu'il soit impossible de donner issue au pus. L'amendement dans les symptômes n'annonce une terminaison heureuse que dans les cas fort rares où il ne survient pas brusquement, et où il est précédé d'évacuations abondantes; dans toute autre circonstance, il est loin d'être rassurant, parce que d'un instant à l'autre les accidens peuvent s'aggraver et faire périr le malade.

Les blessures de la tête ne bornent pas souvent leurs effets à ceux que nous venons de décrire : des vertiges, l'affaiblissement ou la perte des facultés intellectuelles, la paralysie, une douleur *fixe* dans un point déterminé, l'épilepsie, des abcès au foie; telles sont les affections qu'elles peuvent occasioner, soit que la lésion externe ait été guérie ou non. Ces accidens, quelquefois au-dessus des ressources de l'art, peuvent persister pendant plusieurs années, et doivent être toujours présens à l'esprit des médecins chargés de prononcer sur la gravité des blessures.

TRENTE-NEUVIÈME LEÇON.

Blessures à la face.

Blessures des sourcils. Il semblerait au premier abord que les piqûres, les plaies et les contusions des sourcils devraient être regardées comme des blessures simples, susceptibles de guérir en peu de jours et sans laisser

d'infirmité après elles; mais il n'en est pas toujours ainsi, car elles occasionent quelquefois l'obscurcissement et même la perte de la vue, des mouvemens convulsifs des yeux et des lèvres, la paralysie des paupières, du délire, de l'assoupissement, etc. : phénomènes qui dépendent presque toujours d'un épanchement sanguin ou purulent sur la dure-mère, le cerveau ou le trajet des nerfs optiques, et qui tiennent quelquefois à la lésion du rameau du nerf frontal de la cinquième paire.

Blessures des paupières. S'il est vrai que le plus souvent les *piqûres* des paupières constituent une maladie simple et promptement curable, le contraire s'observe quelquefois, car elles peuvent être suivies de la mort. Ainsi on a vu l'instrument vulnérant pénétrer jusqu'au cerveau après avoir traversé la voûte orbitaire, la plaie extérieure guérir en peu de jours, et le malade périr au moment où on s'y attendait le moins : l'ouverture du cadavre n'a laissé aucun doute sur la profondeur de la lésion, ni sur l'existence d'une matière purulente dans le cerveau ou dans ses membranes. Dans d'autres circonstances, il se manifeste des accidens assez graves pour déterminer la mort, sans qu'il y ait eu piqûre de la voûte orbitaire, ni du cerveau, ni de ses membranes. Petit de Namur parle de deux individus qui étaient dans ce cas, et dont l'un périt au bout de trois mois : à l'ouverture du cadavre, on reconnut que la partie antérieure inférieure droite du cerveau était le siége d'un abcès contenant une grande quantité de pus; l'inflammation de cet organe avait eu lieu sans lésion directe. Combien ne faudra-t-il donc pas être réservé sur le prognostic! — Les *plaies* des paupières par

instrument tranchant qui n'intéressent pas le cartilage tarse, sont excessivement simples et n'exigent que la réunion immédiate; si le cartilage a été lésé, on est quelquefois obligé de recourir à la suture. Les *contusions* dont l'effet est borné aux paupières, ne présentent aucun danger.

Blessures du globe de l'œil. Piqûres. De toutes les blessures du globe de l'œil, les piqûres sont sans contredit les moins dangereuses. On sait qu'à moins d'occuper le centre de la cornée transparente et d'intéresser l'iris, la piqûre n'entraine aucun dérangement dans la vue; elle n'expose guère non plus à l'écoulement des humeurs, excepté dans certains cas où la blessure a son siége dans la sclérotique.

Plaies par instrument tranchant. Leur danger consiste dans l'écoulement des humeurs; il est par conséquent relatif à leur étendue : la destruction de l'œil est inévitable, si la plaie est assez grande pour permettre l'issue de tous les liquides; si elle est bornée au contraire à une petite portion de la sclérotique ou à la cornée transparente, on peut espérer de voir cesser l'écoulement des humeurs lorsque ses bords se tuméfieront pour se réunir.

Contusions. Il n'en est pas des contusions comme des autres blessures de l'œil; rarement celles-ci exposent les jours du blessé; la perte de l'organe de la vue est le plus grand accident que l'on puisse redouter, tandis que la contusion du globe de l'œil peut quelquefois occasioner la mort du malade. Lorsque cette contusion est légère, ses effets se bornent à une infiltration de sang sous la conjonctive qui devient d'un rouge plus ou

moins foncé ; la lésion est-elle plus grave, le sang épanché se mêle aux humeurs de l'œil et quelquefois le malade perd la faculté de voir pendant un certain temps ; mais si les membranes et le corps vitré n'ont pas été déchirés et qu'il n'y ait point eu commotion et paralysie de la rétine, la résorption peut se faire complétement, surtout si l'on a administré les secours convenables, et si l'épanchement de sang était peu considérable ; il est même permis d'espérer dans certains cas d'évacuer le liquide en pratiquant une incision à la partie inférieure de la cornée : l'une ou l'autre de ces terminaisons heureuses, rend nécessairement la vue au blessé. Si la contusion a été assez forte pour déchirer la choroïde, la rétine et le corps vitré et déplacer le cristallin, le malade court les plus grands dangers, si on ne prévient pas les effets de l'inflammation par les antiphlogistiques les plus énergiques ; dans tous les cas la perte de la vue est inévitable. En supposant que la violence ait été assez grande pour déchirer la cornée et la sclérotique, l'œil se vide sur-le-champ, mais l'inflammation n'est guère à craindre.

Contusion et plaies contuses de l'œil par des grains de plomb. L'observation démontre que les blessures de cette espèce entraînent presque toujours la perte de la vue, lors même que le plomb n'a agi que sur la surface du globe de l'œil, et qu'il y a eu résorption du sang épanché et mêlé avec les humeurs de cet organe : c'est qu'alors la pupille reste dilatée, et l'iris immobile par suite de la commotion et de la paralysie de la rétine. Combien de fois n'a-t-on pas vu des médecins assurer que le blessé conserverait la vue, parce qu'ils voyaient

disparaître la confusion des humeurs et l'œil reprendre sa transparence : on ne saurait trop se prémunir contre cette erreur.

Blessures de l'oreille. On croyait autrefois à tort que la *piqûre* du cartilage de l'oreille se terminait souvent par gangrène : cette terminaison peut être le résultat de l'inflammation de la peau de cet organe, produite par une compression très-forte et long-temps continuée. Lorsque la membrane du *tympan* est le siége d'une légère piqûre, l'ouïe est plus ou moins dure; cependant elle finit par se rétablir dans certains cas. Si la lésion a été assez grande pour détruire le tympan dans presque toute son étendue, l'ouïe est entièrement perdue ou grandement altérée.

Blessures du sinus maxillaire. La *piqûre* de ce sinus doit être regardée comme simple, s'il n'y a pas enfoncement de ses parois. Les effets des corps *contondans* sont plus graves : on a à craindre l'inflammation et des fistules ; celles-ci guérissent souvent lorsqu'on a extrait les esquilles d'os ou les autres corps étrangers qui les entretenaient; quelquefois cependant elles dépendent de la carie, de la nécrose des os ou du séjour du pus dans le sinus, et alors on est obligé de pratiquer une contre-ouverture.

Blessures des sinus frontaux. Lorsque l'instrument vulnérant a borné son action à la paroi antérieure de ce sinus, les blessures n'offrent point de danger : c'est à tort qu'on les a regardées comme étant difficiles à guérir parce qu'elles dégénéraient presque toujours en fistules. Est-il nécessaire de faire ressortir l'impéritie des gens de l'art qui ont osé prononcer devant les tribu-

naux, que ces lésions étaient mortelles, parce qu'ils avaient pris pour du pus venant du cerveau, le mucus épais qui s'écoulait par l'ouverture faite au sinus, et qu'ils avaient confondu avec le mouvement de la dure-mère, celui que la respiration fait exécuter à la membrane muqueuse qui tapisse cette cavité? Si l'instrument vulnérant a traversé la paroi postérieure du sinus, et qu'il ait pénétré jusqu'au cerveau, les dangers sont les mêmes que ceux des blessures de cet organe ou de ses enveloppes. (*Voyez* page 623.)

Les *blessures des lèvres* sont assez simples pour ne pas devoir fixer notre attention d'une manière spéciale; l'hémorrhagie n'est à craindre que lorsque l'artère labiale a été ouverte, et que les moyens compressifs n'ont pas été mis en usage.

Blessures de la glande parotide et de son conduit excréteur. Tous les faits s'accordent pour prouver le peu de danger des *piqûres* de ces organes : on ne connaît qu'un exemple rapporté par Ambroise Paré, où la piqûre faite par un coup d'épée, ait été suivie d'une fistule salivaire. Les plaies par instrument *tranchant*, au contraire, donnent souvent lieu à cet accident, à moins que la partie divisée n'ait été soumise de bonne heure à une compression convenable. Mais c'est surtout dans les cas de *contusions* et de *plaies contuses*, que la fistule salivaire est à craindre; le diagnostic pourra être d'autant plus difficile à établir, que dans les premiers temps, la salive sort mêlée au sang et au pus. L'homme de l'art devra donc demander à faire un second rapport au bout de quelques jours, lorsqu'il lui sera permis de reconnaître la salive sortant par la plaie.

Blessures de la face, par armes à feu. La face est composée d'un grand nombre d'os, pour la plupart spongieux, creux, ou concourant à former des cavités; nul doute que ce ne soit à cette disposition qu'il faille attribuer la rareté des commotions du cerveau à la suite de ces blessures; aussi sont-elles moins dangereuses que celles du crâne; toutefois il est des circonstances où non-seulement elles déterminent un ébranlement considérable de l'encéphale, mais encore l'irritation du péricrâne, l'inflammation de toute la face, de la fièvre, du délire, un assoupissement léthargique, etc.

Lorsqu'on décharge à bout portant une arme à feu dans la bouche, la mort a lieu en général sur-le-champ, si la balle arrive jusqu'à la partie antérieure de la base du cerveau, après avoir traversé les fosses nasales. La blessure est moins dangereuse, si comme cela se voit plus souvent, la balle se perd dans l'épaisseur de la face : on remarque alors la fracture d'un ou de plusieurs os, surtout du maxillaire inférieur; la langue est brûlée et souvent déchirée en lambeaux; le voile du palais, les amygdales et le pharynx sont enflammés et tuméfiés, au point que la déglutition peut devenir impossible; plusieurs des parties qui composent la bouche sont quelquefois déchirées. Sans doute que le blessé peut succomber à ces accidens; mais il est au pouvoir de l'art de prévenir quelquefois une terminaison aussi funeste. On a vu des blessures de ce genre aggravées par une hémorrhagie primitive ou consécutive; celle-ci arrive au bout de quelques jours, lors de la chute des escarres, au moment où l'homme de l'art inattentif y songeait le moins.

Blessures au cou.

Piqûres. Les piqûres du cou ne présentent de danger qu'autant qu'elles se compliquent d'hémorrhagie, de la présence de l'instrument vulnérant, de la lésion des nerfs et de la moelle épinière. Parcourons chacune de ces complications. *Hémorrhagie.* Les piqûres de la partie postérieure du cou, donnent rarement lieu à l'hémorrhagie, parce qu'il n'y a dans cette région que l'artère cervicale postérieure, (Trachelo-cervicale de Chaussier) qui est profondément située, et par conséquent difficile à atteindre; d'ailleurs cette artère située entre les muscles transversaire épineux et grands complexus, se trouve recouverte par un assez grand nombre de muscles épais qui opposeraient nécessairement beaucoup de résistance à la sortie du sang. Il n'en est pas de même des piqûres faites à la partie antérieure du cou, que parcourent des artères nombreuses, d'un calibre considérable, et qu'il n'est pas toujours facile de lier à temps ou de comprimer assez énergiquement. Les piqûres des *carotides primitives*, considérées comme nécessairement mortelles par la plupart des auteurs, ne le sont pourtant pas; déjà sur dix-huit ligatures pratiquées à la partie inférieure du cou, pour des anévrysmes, des *blessures* et des tumeurs érectiles de ce gros tronc artériel, l'opération a été neuf fois suivie de succès : néanmoins il arrivera souvent que des piqûres de ce genre occasioneront une mort prompte, parce que les blessés ne seront pas secourus aussi promptement qu'ils devraient l'être, et que d'une autre part l'opération n'est pas aisée à faire,

à cause du voisinage des nerfs pneumogastrique et grand sympatnique, de l'artère thyroïdienne inférieure et de la veine jugulaire interne, qu'il faut éviter. Nul doute que la piqûre de la *carotide externe* ne doive être assimilée à la précédente, pour ses dangers et pour les avantages de sa ligature faite en temps opportun : déjà l'on sait que, dans deux circonstances où elle était anévrysmatique, la ligature pratiquée à la partie inférieure du cou a été suivie de succès. La *carotide interne* ne peut être blessée sans que la mort s'ensuive promptement. La piqûre des *tuniques* des carotides, lorsqu'elle ne détermine pas l'hémorrhagie dont nous parlons, peut donner lieu à des anévrysmes, que l'on guérit quelquefois à la vérité, au moyen de la ligature. L'hémorrhagie occasionée par la piqûre des *artères vertébrales*, est nécessairement mortelle, parce que la position de ces vaisseaux, dont le calibre est assez considérable, s'oppose à ce qu'on puisse les lier ou les comprimer. On sentira facilement, d'après ce qui précède, que la piqûre des artères *thyroïdienne*, *sublinguale*, *maxillaire*, *palatine*, etc., branches de la carotide externe, beaucoup moins volumineuses qu'elle, ne peuvent être regardées comme mortelles qu'autant que l'on néglige de les lier à temps, ou qu'à raison de leur position, la compression et surtout la ligature sont impraticables. La piqûre des *veines jugulaires externes* n'est pas mortelle, puisque la compression seule suffit pour arrêter l'hémorrhagie. La piqûre de la *veine jugulaire interne*, située profondément en dehors de la carotide primitive et du nerf pneumogastrique, derrière les muscles omoplat-hyoï-

dien et sterno-cléido-mastoïdien, le long de la partie antérieure et latérale du cou, donne lieu à une hémorrhagie promptement mortelle, si on ne procède aussitôt à sa ligature, d'autant plus qu'il est difficile de la supposer blessée, sans qu'il y ait eu en même temps lésion d'autres parties importantes.

La présence de l'instrument piquant dans la plaie vient quelquefois compliquer les effets de la piqûre : pour juger le danger de cette complication, on aura égard à la partie qui aura été lésée et aux secours que l'on a prodigués : ne sait-on pas, par exemple, qu'il suffit d'extraire un instrument aigu enfoncé dans la moelle épinière, pour déterminer la mort presque sur-le-champ ?

La lésion des nerfs et de la moelle épinière peut rendre les piqûres du cou fort dangereuses ; ainsi on remarque souvent lorsque les nerfs diaphragmatique, pneumogastrique, etc., ont été piqués, que le blessé éprouve des douleurs aiguës, des mouvemens convulsifs, le tétanos, une inflammation plus ou moins intense, qui occupe quelquefois toutes les parties auxquelles se distribue le nerf lésé.

La piqûre des nerfs de la voix, en supposant qu'elle ne détermine aucun de ces accidens, expose souvent le malade à une aphonie qui est loin de pouvoir être toujours guérie.

Lorsque la *moelle épinière* a été profondément piquée dans sa partie supérieure, la mort ne tarde pas à avoir lieu ; la lésion n'est pas immédiatement mortelle, si elle est superficielle et dans un point moins élevé ; mais alors toutes les parties qui reçoivent les

nerfs de la portion de la moelle qui est au-dessous de celle qui a été blessée, sont privées de sentiment et de mouvement (1).

Les piqûres de la trachée-artère et du larynx ne sont dangereuses qu'autant qu'il y a eu blessure d'un des vaisseaux artériels qui sont placés sur eux, et que le sang a été versé dans le conduit aérien ; car il est évident qu'alors l'individu peut périr suffoqué en très-peu de temps. L'emphysème qui accompagne souvent ces plaies n'est point dangereux par lui-même.

Plaies du cou, par instrument tranchant. La mort est le résultat immédiat de la section complète des nerfs phrénique et pneumogastrique : quant aux autres nerfs du cou, s'ils ont été entièrement divisés, ils déterminent la perte du mouvement et du sentiment dans les parties auxquelles ils se distribuent. Si l'on examine les plaies du cou, abstraction faite des nerfs qui parcourent cette région, on ne tarde pas à reconnaître que celles qui ont été faites transversalement à la partie antérieure, sont beaucoup plus dangereuses que celles qui ont leur siége dans les parties postérieure et latérale, parce que c'est en avant que se trouvent les voies aériennes et alimentaires, ainsi que les gros vaisseaux. Nous allons examiner ces plaies suivant qu'elles se

(1) Yelloly a constaté un fait annoncé par Galien; savoir, que les lésions faites au-dessus de l'entrecroisement des filets médullaires des éminences pyramidales déterminent la paralysie du côté opposé à celui qu'elles affectent, tandis que lorsque les lésions sont au-dessous de cet entrecroisement, et d'un seul côté, c'est celui-là même qui est paralysé.

trouvent au-dessus ou au-dessous de l'os hyoïde, entre cet os et le cartilage thyroïde.

Plaies au-dessus de l'os hyoïde. Elles sont simples et facilement curables, si elles n'intéressent que la peau et les muscles; il n'en est pas de même lorsqu'elles pénètrent jusque dans la bouche; car alors elles sont accompagnées d'hémorrhagie considérable; en outre elles donnent issue aux boissons et à la salive, si la tête est droite, tandis que si la tête est trop fléchie, les liquides éprouvent de la difficulté à tomber dans le pharynx, et déterminent une toux convulsive, la difficulté de respirer, une congestion sanguine dans les poumons, qui peut être suivie de la mort; presque toujours la voix est faible, et le malade articule difficilement des sons. Lorsque les plaies dont il s'agit ne font point périr le blessé, la consolidation en est difficile et incomplète; car elle n'a lieu qu'à l'extérieur, et la base de la langue reste unie à la peau du cou. Des blessures aussi profondes que celles dont nous parlons sont rarement la suite du suicide; presque toujours l'instrument tranchant avant de pénétrer jusque dans la bouche, a divisé quelques-uns des gros vaisseaux, et a déterminé une hémorrhagie mortelle.

Plaies entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde. La plupart des praticiens s'accordent à regarder les plaies profondes de cette espèce comme fort dangereuses, non-seulement parce que les liquides tombent dans le larynx et déterminent la suffocation, que l'air, les mucosités et les boissons sortent par la plaie, mais encore parce que la déglutition et la parole sont singulièrement gênées, et que le malade éprouve une

sécheresse extrême à la gorge, et une soif ardente, préludes de l'affection gangréneuse qui se manifeste souvent au fond de la plaie ; mais il est peu de médecins qui redoutent le danger d'une hémorrhagie, parce qu'en effet ces blessures sont rarement accompagnées de cet accident : toutefois l'observation démontre que la mort, dans certains cas, ne reconnaît d'autre cause que la *lésion des vaisseaux artériels* qui parcourent la membrane hyo-thyroïdienne. Il y a environ un an, nous fîmes l'ouverture du cadavre d'un homme qui s'était donné plusieurs coups de canif entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde; la plaie était assez large pour que l'on pût y introduire le petit doigt : le *rameau laryngé* de l'artère thyroïdienne supérieure qui se distribue, comme on sait, à la membrane thyro-hyoïdienne, était le seul vaisseau qui eût été coupé; néanmoins il y avait une hémorrhagie considérable; on voyait aussi une quantité notable de sang dans la trachée-artère : nous crûmes devoir attribuer la mort du blessé, qui eut lieu un quart d'heure après la lésion, à l'hémorrhagie, et surtout à la suffocation provoquée par l'entrée du sang dans les voies aériennes.

Plaies au-dessous de la membrane hyo-thyroïdienne.— Plaies du larynx. Il est rare qu'un instrument tranchant divise le larynx dans une étendue un peu considerable, sans que la blessure soit fort grave, non pas à cause de la lésion du larynx, mais à raison de l'hémorrhagie qui l'accompagne, et qui est ordinairement suivie de l'entrée du sang dans les bronches; le blessé peut périr suffoqué dans très-peu de temps. Si la plaie est transversale et occupe la partie latérale du larynx,

elle est presque toujours immédiatement mortelle par l'ouverture de l'artère carotide. En supposant la blessure moins intense et susceptible de guérir, on voit qu'elle détermine souvent la perte de la voix et la sortie de l'air par la plaie. Si le pharynx avait été divisé en même temps que le larynx, les boissons sortiraient par la plaie; cette complication, beaucoup plus rare qu'on ne le croit généralement, ne rend pas toujours la plaie incurable, comme on le voit par l'exemple du blessé guéri par Fine. (Journal de Médecine, t. 83, page 64.)—Les *plaies de la trachée-artère, par un instrument tranchant*, abstraction faite de toute autre lésion, ne présentent aucun danger lorsque ce canal a été divisé dans une petite partie de son étendue; elles sont au contraire très-graves quand ce conduit a été complétement coupé; car alors les deux bouts s'écartent, l'air ne pénètre plus dans les poumons, parce que le bout inférieur est rétracté et caché sous les parties voisines; le blessé périt suffoqué. A plus forte raison une mort prompte sera-t-elle la suite nécessaire de la blessure, si outre la division complète de la trachée-artère, l'œsophage est entièrement divisé, parce qu'alors, indépendamment de ces lésions graves, quelques-uns des gros troncs artériels et veineux auront été ouverts. Il est inutile de faire remarquer que si la section incomplète de la trachée-artère n'est pas mortelle par elle-même, elle peut le devenir, et le devient souvent, par la lésion d'un ou de plusieurs vaisseaux sanguins, ou par l'hémorrhagie, et par l'entrée du sang dans les bronches.

Contusions et plaies contuses du cou. Bornées à la

peau et aux muscles, ces blessures sont loin d'être dangereuses; il n'en est pas de même lorsque le larynx ou la trachée-artère ont été intéressés; elles sont même plus graves alors, tout étant égal d'ailleurs, que les plaies faites par instrument tranchant, à cause du gonflement inflammatoire qui peut se développer, et par les angoisses violentes auxquelles elles exposent les blessés qui n'ont pas été immédiatement suffoqués. Celles dont la direction est d'avant en arrière, présentent plus de danger que celles qui occupent les parties latérales.

Les plaies du larynx et de la trachée, par armes à feu, pour le moins aussi redoutables que les précédentes, se compliquent quelquefois d'un engorgement inflammatoire qui empêche le blessé de respirer. On connaît l'observation rapportée par Habicot; d'une jeune fille dont le larynx avait été fracturé par une balle, et chez laquelle il survint une tumeur inflammatoire tellement considérable qu'elle aurait péri sans l'usage d'une canule de plomb qui permettait à l'air de traverser les parties molles gonflées, et d'arriver jusqu'à la trachée-artère. Lorsqu'elles sont moins graves, et qu'il y a eu perte de substance, dénudation d'un ou de plusieurs cerceaux cartilagineux, ou endurcissement du tissu cellulaire, ces blessures restent quelquefois long-temps fistuleuses, comme on le voit par l'exemple suivant, tiré de Van Swietten. Une portion de la trachée-artère avait été emportée par un coup de feu; plusieurs années après on voyait encore une large ouverture à cette partie; le blessé, qui demandait l'aumône, ne pouvait parler que lorsqu'il bouchait cette ouverture avec un morceau d'éponge.

La *contusion* suivie de fracture des vertèbres cervicales est presque toujours promptement mortelle ou au moins très-grave, si le corps, les lames ou les apophyses articulaires sont brisés, parce que la moelle épinière est lésée par le projectile, par des esquilles d'os, ou comprimée par les liquides épanchés dans le canal vertébral : toutefois il n'est pas sans exemple que les blessés aient vécu plusieurs jours après une pareille lésion : Un individu chez lequel il y avait fracture des six dernières vertèbres cervicales, rupture des ligamens et luxation incomplète de la première vertèbre sur la seconde, ne mourut qu'au dix-neuvième jour; tous les organes situés au-dessous des points fracturés étaient pourtant paralysés. (Mémoires de l'Académie de chirurgie.) Si la fracture est bornée aux apophyses transverses et surtout aux apophyses épineuses, qu'on agrandisse la plaie pour en extraire les esquilles, et que l'on prévienne le développement de l'inflammation, la blessure n'est pas aussi grave.

La contusion des *nerfs* qui prennent leur origine dans la portion cervicale de la moelle épinière, abstraction faite de toute autre lésion, n'est pas nécessairement mortelle; mais elle peut être fort dangereuse à cause de la paralysie des parties importantes auxquelles ces nerfs se distribuent.

Si les *artères vertébrales* et *carotides* ont été contuses au point d'être déchirées, et que la ligature n'ait pas été pratiquée immédiatement après, la mort arrive sur-le-champ; il est fort rare que le blessé survive à cette lésion, lors même qu'il a été secouru à temps. S'il y a eu simplement contusion et désorgani-

sation des parois de ces vaisseaux, la mort n'a lieu qu'au bout de neuf ou dix jours, lors de la chute des escarres, en supposant qu'aucun des moyens propres à l'empêcher n'ait été employé.

Les blessures du *pharynx et de l'œsophage* ne présentent beaucoup de danger que parce qu'il y a en même temps lésion grave de quelques autres organes. On peut établir d'une manière générale, que les lésions de l'œsophage sont d'autant plus fâcheuses qu'elles ont eu lieu plus bas, que cet organe a été plus complétement divisé, et que le désordre des parties environnantes a été plus considérable. Si ce conduit musculo-membraneux n'a été blessé que dans une partie de son étendue, et qu'il n'y ait point eu perte de substance, la cicatrisation de la plaie peut être complète; celle-ci reste, au contraire, fistuleuse, si une portion de l'œsophage a été détruite. On lit dans Trioen (Obs. méd. chirurg., p. 40), qu'un individu dont la trachée-artère et l'œsophage avaient été en partie détruits par un coup de balle, offrait une fistule à ce dernier organe qui livrait passage aux alimens introduits par la bouche; aussi pour les faire parvenir jusqu'à l'estomac était-on obligé de se servir d'un entonnoir dont le bec pénétrait dans l'œsophage au moyen de l'ouverture fistuleuse.

QUARANTIÈME LEÇON.

Blessures à la poitrine.

Nous distinguerons, comme la plupart des auteurs, les blessures non pénétrantes de la poitrine, de celles

qui sont pénétrantes, non pas que nous admettions que ces dernières soient constamment plus graves que les autres, car l'expérience démontre tous les jours qu'il est plus facile de guérir certaines plaies pénétrantes que d'autres qui ne pénètrent pas : le danger des blessures pénétrantes dépend, en effet, uniquement de la lésion des organes contenus dans le thorax. Il devient inutile à notre objet de rappeler les caractères dont l'ensemble doit faire croire qu'il y a eu pénétration, lorsque la vue est insuffisante pour établir le diagnostic, puisque nous venons d'établir que ce n'est pas la pénétration qui fait le danger de ces blessures : nous dirons toutefois que la sortie de l'air par la plaie n'annonce qu'elle a pénétré qu'autant qu'elle a lieu à chaque inspiration, car on voit sortir quelquefois une petite quantité d'air d'une plaie non pénétrante. L'emphysème ne peut pas non plus être regardé comme un signe pathognomonique de la pénétration, puisqu'il existe dans certaines plaies non pénétrantes, surtout dans celles qui occupent les environs de l'aisselle, comme l'a observé M. Lallemand.

Blessures non pénétrantes de la poitrine. — *Piqûres.* Si la piqûre des parois de la poitrine n'est compliquée ni d'hémorrhagie, ni d'inflammation intense, ni de la présence de l'instrument vulnérant, elle constitue une maladie simple, facile à guérir. L'*hémorrhagie*, si elle est le résultat de l'ouverture des vaisseaux sous-claviers des grosses branches fournies par l'artère axillaire, peut déterminer une mort prompte, si l'art ne vient pas au secours de l'individu, à moins que l'écoulement ne s'arrête de lui-même, soit parce que le blessé tombe

en syncope, soit parce qu'il y a formation d'un thrombus, ou changement de direction dans la plaie, c'est-à-dire que la piqûre extérieure ne correspond plus à la piqûre du vaisseau : dans ce dernier cas le sang peut s'épancher en grande quantité dans le tissu cellulaire, et on ne saurait trop se hâter de lui donner issue par des incisions convenables, afin de prévenir la formation de vastes abcès. L'*inflammation* qui complique quelquefois les piqûres de la poitrine en augmente le danger, surtout lorsqu'elle se termine par suppuration: en effet, on sait que les abcès dans les parois de la poitrine tendent continuellement à s'agrandir, si on ne les ouvre pas dès qu'ils sont formés. La *présence du corps étranger* dans la blessure n'augmente souvent pas sa gravité, parce qu'il est facile d'en faire l'extraction, et qu'alors la piqûre ne tarde pas à guérir; il est cependant des cas où cette extraction ne doit pas être tentée, parce qu'on augmenterait les accidens, comme lorsque l'instrument pénètre dans la moelle épinière. L'*emphysème* qui accompagne quelquefois les piqûres dont nous parlons, ne peut pas être regardé comme une complication.

Plaies par instrument tranchant. On peut appliquer à ces plaies tout ce qui vient d'être dit à l'occasion du danger des piqûres simples ou compliquées.

Contusion et plaies contuses. Le danger des *contusions* des parois de la poitrine est relatif à la force avec laquelle l'instrument a agi, et aux désordres qu'il a produits. Un corps contondant ordinaire, dont l'action est bornée aux parois du thorax, détermine rarement des effets fâcheux, excepté chez les femmes, où il pro-

duit quelquefois l'inflammation des seins, leur suppuration, leur induration, et par la suite leur dégénérescence cancéreuse. Mais si la percusssion a été assez forte pour agir sur les viscères thoraciques, les poumons, le cœur, les gros vaisseaux, peuvent être déchirés, enflammés, etc.; lésions à la suite desquelles on observe souvent des épanchemens sanguins mortels, la suppuration, et par conséquent des collections de pus ou de sérosité purulente.

Les plaies contuses ne sont dangereuses qu'autant qu'elles se compliquent d'hémorrhagie, d'inflammation, de la commotion des viscères thoraciques, ou de la présence d'un corps étranger. Les contusions produites par un *projectile* sont suivies d'accidens plus fâcheux lorsqu'elles ont eu lieu sur le sternum ou sur une côte, parce que les parties molles sous-jacentes sont écrasées, que les os peuvent être dénudés et même fracturés, et qu'il y a épanchement de sang : or, on sait qu'à moins de donner promptement issue à ce liquide, on a à craindre des abcès, la gangrène, etc.

Les plaies d'*armes à feu* peuvent être pénétrantes et non pénétrantes : si la balle ne pénètre pas dans la poitrine, elle peut déterminer une forte contusion des viscères thoraciques, la fracture d'une ou de plusieurs côtes, ou du sternum, lésions qui ne font pas toujours périr le blessé; si, comme il arrive plus souvent, elles pénètrent dans cette cavité, et que le cœur ou les gros vaisseaux de cet organe ou des poumons soient percés, le malade ne tarde pas à périr. Toutefois les exemples de plaies produites par des balles qui avaient pénétré dans la poitrine, ou qui l'avaient percée de part en

part, et qui ont été guéries sans accidens, ne sont point rares : quelquefois la guérison n'a pas été complète, la plaie ayant dégénéré en fistule.

Les dangers des *fractures* des côtes méritent de fixer un instant notre attention : les côtes supérieures et inférieures exigeant, pour être cassées, un effort beaucoup plus considérable que les moyennes, la commotion des viscères thoraciques doit être plus grande dans le premier cas, et la fracture plus dangereuse ; on conçoit même difficilement la fracture des dernières côtes asternales (fausses) sans qu'il y ait commotion du foie ou de la rate. En général, la fracture dite en dedans est plus grave que celle dans laquelle les fragmens se dirigent en dehors : en effet, elle expose le blessé à la déchirure et à l'inflammation de la plèvre et du poumon, à l'emphysème, à la lésion des artères intercostales, et par conséquent à une hémorrhagie qui peut être latente ou apparente ; et si elle a été comminutive, les esquilles peuvent blesser les poumons et développer des accidens funestes.

La fracture du *sternum* n'est pas une maladie grave, s'il n'y a pas déplacement des fragmens, et si la contusion n'a pas été considérable ; la mort peut arriver instantanément, au contraire, ou au bout de quelque temps, si la commotion éprouvée par les poumons ou par le cœur a été assez violente pour les déchirer. L'enfoncement des fragmens dans la poitrine augmente considérablement les dangers de cette fracture, parce qu'il est ordinairement suivi d'épanchement de sang et du suc médullaire de l'os dans le médiastin, d'inflammation, de suppuration et de carie. Ajoutons à cela

que, dans les cas de fracture du sternum avec déplacement des fragmens où la consolidation s'est opérée sans que les fragmens aient été réduits, les blessés éprouvent pendant long-temps une toux sèche, de l'oppression, des palpitations et d'autres accidens plus ou moins incommodes.

La fracture des *vertèbres dorsales* est peu dangereuse par elle-même, quoique le plus souvent elle détermine la mort du blessé dans un très-court espace de temps; ce qui tient à la commotion qu'éprouve la moelle épinière à la lésion physique dont elle peut être le siége, ou à la compression qu'exercent sur elle le sang épanché ou les fragmens détachés des vertèbres. Toutefois on a vu de pareilles fractures n'être pas suivies d'accidens graves, et même guérir assez facilement : c'est ce qui a particulièrement lieu lorsque le projectile est petit, et mu avec beaucoup de rapidité.

Blessures pénétrantes de la poitrine. L'observation démontre que, lorsqu'une plaie de poitrine est pénétrante, et que les organes thoraciques ont été atteints, les poumons sont presque toujours lésés, et quelquefois le cœur, les gros vaisseaux qui tiennent à cet organe et l'œsophage : ces lésions expliquent suffisamment l'hémorrhagie, l'épanchement de sang et l'emphysème que l'on remarque souvent à la suite de ces blessures.

Blessures des poumons. Le danger de ces blessures est relatif à l'hémorrhagie et à l'inflammation qu'elles peuvent occasioner, ainsi qu'à la pénétration de l'air extérieur dans la cavité thoracique. L'*hémorrhagie* peut être assez considérable pour faire périr le blessé en très-peu de temps, comme on le voit dans les blessures

profondes, ou lorsque l'instrument vulnérant a ouvert les gros vaisseaux qui se trouvent à la racine des poumons; non-seulement il y a alors perte d'une quantité notable de sang, mais encore compression de ces viscères par le liquide épanché : si la blessure est superficielle, l'hémorrhagie n'est pas à craindre. L'*inflammation* des poumons ne peut pas être considérée comme essentiellement mortelle, puisqu'elle se termine souvent par résolution, et que, lorsqu'elle est suivie de suppuration ou d'induration, la mort n'a pas toujours lieu. Nous renvoyons aux traités de pathologie pour ce qui concerne les suites fâcheuses que peuvent avoir ces sortes de lésions, en nous bornant à indiquer ici que la suppuration des poumons est d'autant plus à craindre, que la plaie est plus profonde, et le blessé plus disposé à devenir phthisique. La *pénétration de l'air* dans la cavité thoracique, regardée autrefois comme très-dangereuse, ne l'est réellement que lorsque la quantité d'air introduite est considérable, les poumons se trouvant alors rétractés sur eux-mêmes, et dans l'impossibilité de se dilater; mais on sait que, dans beaucoup de circonstances, l'air extérieur éprouve des obstacles pour entrer dans la poitrine : ainsi, lorsque la plaie extérieure n'est pas très-grande, si elle traverse obliquement les parties molles des parois du thorax, l'air extérieur ne pénètre pas, parce que les plaies des différens *plans* ne conservent plus leur parallélisme, et que les lèvres de ces plaies restent souvent appliquées l'une contre l'autre.

S'il est vrai que la présence d'une balle dans un des poumons constitue un accident grave, il est également

certain qu'elle ne fait pas toujours périr le blessé : on sait, en effet, que des individus dont la poitrine avait été percée de part en part ont expectoré une balle au bout de plusieurs années, et que d'autres ont vécu pendant quinze, dix-huit ou vingt ans, sans éprouver d'incommodité notable, malgré la présence d'une balle dans les poumons, comme on a pu s'en convaincre par les ouvertures des cadavres.

La sortie d'une portion du poumon par un des espaces intercostaux, ou le *pneumatocèle*, est un accident fort rare, et peu dangereux si l'on se hâte de la faire rentrer avec les doigts ou avec une sonde mousse : toutefois, si cette portion du poumon était gangrenée, état qu'il ne faut pas confondre avec la lividité et la sécheresse que cause l'impression de l'air, on devrait la fixer au dehors à l'aide d'un fil, ou l'exciser après avoir appliqué une ligature afin de prévenir l'épanchement de sang dans la poitrine. L'observation démontre que les blessés qui ont subi cette opération n'éprouvent par la suite qu'une douleur légère sans oppression, et une toux peu incommode.

Blessures du cœur.—Péricarde. La lésion de la membrane séreuse qui enveloppe en grande partie le cœur, abstraction faite de la blessure d'organes plus importans, n'est dangereuse que par l'inflammation qui peut en résulter, et par les collections de sang et de sérosité qui en sont quelquefois la suite : sans doute, l'inflammation du péricarde est une maladie grave, d'autant plus qu'elle se propage facilement aux parties qui l'avoisinent ; mais l'art possède des moyens de la prévenir ou d'en diminuer les effets : c'est donc à tort que

l'on a considéré les blessures de ce genre comme essentiellement mortelles.

Cœur. Il importe d'établir, avant d'examiner la léthalité des lésions de cet organe, que le plus souvent elles intéressent le ventricule droit ; dans certains cas les deux ventricules sont lésés à la fois, mais il est rare que le ventricule gauche seul soit blessé; enfin on n'observe presque jamais la lésion des oreillettes. Les blessures qui *pénètrent* dans les cavités du cœur déterminent instantanément la mort, si elles sont assez vastes pour permettre au sang de s'échapper facilement ; tandis que la blessure n'est mortelle qu'au bout de quelques jours si, à raison de son étroitesse ou de son obliquité, le sang éprouve de la difficulté à sortir, ou qu'il se forme des caillots qui s'opposent à son écoulement. Parmi les blessures qui *bornent leur action* à l'épaisseur des ventricules, il en est qui peuvent guérir, parce qu'il n'y a point d'hémorrhagie et que l'inflammation est peu considérable, comme on le voit lorsqu'une petite portion du tissu du cœur a été atteinte, et qu'aucune des branches considérables des artères coronaires n'a été lésée. D'autres, au contraire, déterminent une hémorrhagie mortelle dans l'espace de quelques heures, ou font périr le blessé au bout de plusieurs jours, parce que les parois du cœur, affaiblies par la blessure, finissent par se rompre : toutefois l'observation démontre que la mort n'est pas un résultat constant de ces lésions. Les blessures des *oreillettes* sont en général plus dangereuses que celles des ventricules, à cause du peu d'épaisseur de leurs parois, qui ne permet guère de supposer qu'elles puissent être

lésées sans que l'instrument pénètre dans leur cavité et donne lieu à un épanchement de sang dans la cavité du péricarde. Les blessures des gros *troncs artériels ou veineux* contenus dans la poitrine, qui partent du cœur ou qui s'y rendent, ainsi que celles de la veine azygos, sont constamment mortelles; elles font périr subitement si elles sont considerables, et au bout de quelques jours, si elles sont étroites.

Blessures de l'œsophage. On concevra facilement combien il doit être rare d'observer la section complète et transversale de la portion thoracique de l'œsophage: cette blessure est nécessairement mortelle. Si, comme il arrive plus souvent, l'œsophage a été blessé par un instrument aigu, la mort peut ne pas avoir lieu lorsque la blessure est peu étendue et que le poumon n'a pas été intéressé. Payen, d'Orléans, parvint à guérir un individu dont l'œsophage avait été traversé de part en part par un coup de baïonnette porté à la partie antérieure et supérieure droite de la poitrine; la lésion de ce conduit musculo-membraneux était mise hors de doute par la sortie des boissons par la plaie; cependant, comme les exemples de ce genre sont rares, on devra considérer de pareilles blessures comme fort graves.

Il a été souvent question, dans l'histoire des lésions de la poitrine, de l'hémorrhagie, de l'épanchement sanguin et de l'emphysème qu'elles peuvent déterminer; il importe de les étudier séparément. *L'hémorrhagie* peut être le résultat de la lésion des vaisseaux artériels du cœur et des poumons, de l'aorte et de ses principales divisions, des deux veines caves, et de la veine

azygos ; nous ne reviendrons pas sur les dangers qui l'accompagnent. Elle peut tenir à l'ouverture d'une ou de plusieurs artères intercostales : ici la blessure n'est pas de nécessité mortelle, parce que l'art possède des moyens d'arrêter l'hémorrhagie ou d'évacuer le sang qui serait épanché dans la cavité du thorax.

L'épanchement de sang dans la poitrine, quelle que soit sa cause, ne tarde pas à faire périr le malade dans la plupart des cas, s'il est considérable; on peut, au contraire, espérer de secourir efficacement le blessé, en pratiquant une ouverture qui permette au sang de sortir, surtout si la quantité de liquide n'est pas grande. Mais ne dissimulons pas combien il est difficile, dans certains cas, d'établir le diagnostic d'un pareil épanchement. Les auteurs, il est vrai, n'ont pas manqué de donner une réunion de signes propres à lever la difficulté dans quelques circonstances : tels sont la gêne de la respiration, la difficulté de se tenir couché sur le côté opposé à celui qui est le siége de l'épanchement, la plus grande élévation et le plus grand évasement de la partie du thorax qui contient le liquide épanché, le son mat de cette portion de la poitrine, les ondulations du liquide épanché, l'apparition vers l'angle des fausses côtes d'une ecchymose, d'un violet clair, qui paraît plusieurs jours après la blessure, et que Valentin avait regardée à tort comme constante, la sortie du sang et de l'air par la plaie à chaque mouvement d'expiration, la petitesse, la fréquence et l'irrégularité du pouls, etc. Parmi ces signes, il en est un qui a beaucoup plus de valeur que les autres : c'est la sortie du sang et de l'air par la plaie. Les autres sont

trompeurs ; cependant leur ensemble peut porter à croire que l'épanchement existe, sans permettre de l'affirmer. Combien de fois n'a-t-on pas vu des individus succomber à cette cause, sans avoir éprouvé de gêne sensible dans la respiration, et ayant toujours joui de la faculté de se coucher indistinctement sur le côté sain et sur celui qui était malade ? Ne sait-on pas, d'une autre part, que des blessés ont été guéris par les soins ordinaires, lorsque tout concourait à prouver qu'ils étaient en proie à un épanchement considérable ? L'homme de l'art pourrait donc être blâmé, s'il avait pratiqué des incisions pour donner issue au sang, avant d'avoir examiné avec le plus grand soin toutes les circonstances susceptibles de l'éclairer.

Il s'en faut de beaucoup que l'*emphysème* produit par une blessure de poitrine soit propre à faire apprécier la gravité de la lésion : admettons, en effet, qu'un emphysème considérable suppose que le poumon a été blessé dans une assez grande étendue, il ne faut pas conclure pour cela que la blessure est grave ; au contraire, tout porte à croire qu'il n'y a eu que de très-petits vaisseaux ouverts, et que l'épanchement de sang est léger ; car, sans cela, il n'y aurait pas de place pour l'air. On sait d'ailleurs que, dans certaines lésions peu étendues des poumons, suivies d'un épanchement considérable, et par conséquent fort grave, il n'y a point d'emphysème ; d'une autre part, celui-ci peut exister, comme nous l'avons déjà dit, sans que le poumon ait été lésé, l'air extérieur s'introduisant dans la poitrine par la plaie, au moment de l'inspiration, pour en être chassé pendant l'expiration.

Blessures du diaphragme. Il est impossible de révoquer en doute la gravité des blessures du diaphragme, à cause de la gêne qu'éprouve la respiration, soit que les viscères abdominaux aient pénétré dans la cavité thoracique, soit qu'il y ait simplement inflammation de ce muscle : la première de ces causes peut même être suivie d'asphyxie et d'une mort prompte, si les poumons ont été fortement comprimés par les organes de l'abdomen. Nous rappelerons ici, que la blessure des nerfs *diaphragmatiques* est nécessairement mortelle.

Blessures du bas-ventre.

Nous distinguons, comme pour les lésions de la poitrine, les blessures pénétrantes du bas-ventre de celles qui ne le sont pas, tout en admettant que la pénétration n'ajoute rien au danger que court le blessé : qu'importe, en effet, que l'instrument vulnérant ait pénétré dans l'abdomen, s'il n'a lésé aucun des viscères abdominaux, ni les vaisseaux sanguins ni les nerfs? Une pareille blessure ne pourra-t-elle pas être moins dangereuse qu'une autre dont l'effet aura été borné aux enveloppes du bas-ventre? Ce n'est donc que pour procéder avec plus de méthode, et pour simplifier l'histoire de ces lésions, que nous adoptons cette division.

Blessures non pénétrantes du bas-ventre. Plusieurs circonstances se réunissent pour faire regarder ces blessures, que l'on croirait au premier abord devoir être fort légères, comme pouvant être dangereuses. Tantôt elles sont compliquées de l'ouverture des artères mammaires internes et épigastriques, et l'hémor-

rhagie qui en résulte peut être mortelle si le blessé n'est pas secouru à temps ; tantôt elles sont suivies d'une inflammation considérable, de fusées fistuleuses, de collections de pus latentes : dans certaines circonstances, les organes génitaux sont lésés, ou l'on a à craindre des hernies et leurs suites, etc.

Piqûres. Les piqûres de l'abdomen qui n'atteignent pas le cordon spermatique, les vertèbres ou les os du bassin, doivent être regardées comme simples et faciles à guérir, à moins que des artères ou des filets nerveux n'aient été blessés, ou qu'il ne se soit développé une inflammation grave. En effet, supposons, comme on le voit souvent, qu'une artère d'un certain calibre soit ouverte, et qu'à raison de l'étroitesse de la plaie, de son obliquité, et du gonflement qui survient dans son trajet, il n'y ait point d'hémorrhagie extérieure, le sang s'épanche dans le tissu cellulaire et produit une tumeur qui s'enflamme si le liquide n'est pas résorbé : or, cette inflammation peut se terminer par suppuration ; et l'abcès qui en résulte n'est pas sans danger, comme nous le verrons bientôt. Admettons maintenant qu'il n'y ait point de lésion d'artères, mais que la piqûre se complique d'inflammation, ainsi qu'on l'observe surtout lorsqu'elle a son siége dans l'épigastre ou dans les muscles droits, le blessé peut succomber à cette complication dans l'espace de sept à huit jours ; et, s'il ne périt pas, il se forme des foyers purulens auxquels succèdent des fistules difficiles à guérir. Les dangers des *abcès* de cette nature sont généralement connus : on sait qu'il faut les ouvrir aussitôt qu'ils sont formés, si on veut éviter des acci-

dens qui amènent souvent la mort dans très-peu de temps, ou empêcher le pus de pénétrer dans l'abdomen après avoir altéré le péritoine, et de s'étendre jusqu'au bassin. Nous parlerons plus bas des piqûres où le cordon des vaisseaux spermatiques, les vertèbres et les os du bassin ont été lésés.

Plaies par instrument tranchant. Les dangers de ces plaies sont de toute autre nature : rarement l'inflammation qui les accompagne est assez vive pour constituer une véritable complication ; et s'il est vrai qu'elles donnent souvent lieu à l'hémorrhagie, celle-ci peut être facilement arrêtée, d'autant plus qu'il est aisé d'apercevoir le vaisseau qui a été ouvert. Ce qu'il y a plus particulièrement à craindre dans ces sortes de blessures, ce sont les hernies : en effet, lorsque la plaie occupe la région ombilicale, et notamment les points inférieurs à l'ombilic, la hernie peut avoir lieu sur-le-champ ; et, en supposant même que le blessé guérisse sans que les viscères abdominaux soient sortis de leur cavité, la partie lésée reste faible et singulièrement disposée aux hernies : c'est ce qu'on remarque surtout lorsque les muscles abdominaux ont été coupés transversalement, parce qu'alors la réunion des bords s'est opérée fort lentement, et n'a pu se faire qu'au moyen d'une substance celluleuse intermédiaire beaucoup plus faible que le tissu musculeux. Quoi qu'il en soit, il résulte de ce qui précède, que les plaies de ce genre sont en général moins dangereuses que les piqûres.

Contusions. Quelle que soit l'intensité des contusions des parois de l'abdomen, si leurs effets ont été bornés à ces parois, la blessure n'est pas grave : le malade

reste seulement exposé aux hernies; mais si les viscères abdominaux ont été fortement ébranlés, contus ou déchirés, par un coup porté sur un point éloigné de la partie qu'ils occupent, la blessure peut avoir des suites fâcheuses. Les organes qui sont le plus souvent atteints de pareilles contusions sont le foie, la rate, les reins et la matrice dans l'état de grossesse; rarement la contusion est bornée à un de ces viscères. Elle peut être assez forte pour déterminer leur meurtrissure, leur rupture, et l'ouverture des gros vaisseaux : alors la mort a lieu sur-le-champ, ou dans un espace de temps fort court Si elle est moins violente, le danger n'est pas si grand, quoique pourtant elle puisse occasionner l'avortement et des inflammations qui se terminent quelquefois par suppuration ou par gangrène, et auxquelles les malades succombent au bout de quelques jours, malgré les secours de l'art les mieux dirigés. Enfin, il peut arriver à la suite de ces contusions, que les blessés, qui n'avaient d'abord éprouvé que de très-légers accidens, soient en proie à des tumeurs squirreuses, à des rétrécissemens du canal intestinal, à des épaississemens, à des indurations, etc.; affections chroniques qui finissent par amener la mort. Il est rare que les *plaies contuses* des parois du bas-ventre soient compliquées d'hémorrhagie : elles ne sont dangereuses, lorsqu'il n'y a pas eu contusion des viscères abdominaux, que par l'inflammation qui les accompagne ordinairement. (*Voy.* PIQURES, page 659.)

Les plaies *d'armes à feu* qui n'intéressent que les parties molles des parois de l'abdomen ne méritent de fixer l'attention de l'homme de l'art que sous le rap-

port de l'inflammation : or, l'observation démontre que si l'on a pratiqué les incisions nécessaires pour donner issue à la balle, la phlogose ne s'étend pas au delà du degré nécessaire pour que la suppuration s'établisse; toutefois, si les aponévroses ont été lésées, il se développe ordinairement des accidens graves qui pourraient faire croire au premier abord que les organes intérieurs ont été atteints, et qui dépendent de la résistance qu'opposent ces aponévroses, et du gonflement des parties sous-jacentes. Si les *plaies d'armes à feu* intéressent la colonne vertébrale, elles sont beaucoup plus graves, lors même qu'il n'y a point contusion des viscères abdominaux. Le danger de ces lésions est relatif aux fractures des vertèbres, à la nature de ces fractures, à la difficulté que l'on éprouve à retirer la balle, et surtout à la commotion et à la déchirure de la moelle épinière. La fracture du corps est plus grave que celle des apophyses épineuses et transverses, parce qu'il peut se former une infiltration purulente dans l'intérieur du canal rachidien, et que d'ailleurs il est plus difficile de faire l'extraction des esquilles et de la balle: les blessés périssent même lorsque le projectile ne peut être retiré du corps des vertèbres, et qu'il y a en même temps lésion des muscles psoas et iliaque, ou des viscères qui les avoisinent. La paralysie des extrémités inférieures et de la vessie, qui peut se manifester immédiatement, ou quelque temps après ces blessures, n'est pas toujours mortelle; il n'est pas rare cependant de voir les malades qui ont été délivrés de cet accident conserver une grande faiblesse dans ces organes.

QUARANTE ET UNIÈME LEÇON.

Blessures pénétrantes du bas-ventre. Il est aisé de prévoir que toutes les blessures pénétrantes de l'abdomen n'offrent pas le même danger. Il en est qui guérissent facilement, parce qu'elles ne sont suivies ni de la sortie des viscères abdominaux, ni d'inflammation du péritoine, ni d'épanchement de sang, d'un autre liquide ou d'un gaz, ni de la lésion des viscères abdominaux, et qu'elles ne sont pas compliquées de la présence d'un corps étranger : tels sont, en effet, les accidens qui aggravent les blessures dont nous parlons, et sur lesquels nous croyons devoir nous arrêter un instant, avant d'examiner les lésions de chaque organe en particulier.

Sortie des viscères abdominaux. C'est particulièrement dans les plaies par instrument tranchant, que l'on voit les viscères les plus mobiles du bas-ventre s'échapper au dehors, en partie ou en totalité, suivant l'étendue de la lésion. Il est rare que le colon transverse se montre entre les lèvres de la plaie : l'estomac s'y présente encore plus rarement; tandis qu'il est assez commun d'y trouver l'épiploon et les intestins grêles.

Si l'*intestin grêle* est sorti par la plaie, en totalité ou en partie, et qu'il soit sain, on le fait rentrer dans l'abdomen, sans que le danger de la blessure soit plus grand : il en est à peu près de même lorsque la réduction a été faite sur un intestin froid, livide ou noir, mais assez rénitent et élastique pour faire croire qu'il n'était pas gangréné. Lorsque l'intestin est étranglé,

soit parce qu'il est enflammé ou distendu par une grande quantité d'air, soit parce que les lèvres de la plaie sont gonflées, la blessure est aggravée : en effet, l'inflammation se déclare, et l'intestin peut être frappé de gangrène, si on ne se hâte de recourir aux moyens propres à faire cesser l'étranglement, soit en exerçant de légères pressions sur l'intestin pour en diminuer le volume, et en le tirant à soi, ou en agrandissant la plaie suivant les préceptes de l'art. Ce dernier moyen ne doit être mis en usage que lorsque les autres ont été infructueux. Si l'étranglement de l'intestin a été suivi de sa gangrène, le cas est beaucoup plus grave, parce qu'on ne peut plus réduire le viscère ; qu'il faut, au contraire, retrancher la portion privée de vie, et que la blessure ne peut guérir qu'en établissant un anus artificiel, ou en cherchant à rendre au conduit intestinal sa continuité, comme nous le dirons en parlant des blessures de l'intestin. (*Voyez* page 671.) Heureusement il n'est pas commun d'observer une pareille complication, parce que l'homme de l'art, prévoyant cette terminaison funeste de l'inflammation, procède à la réduction avant qu'elle ne se soit développée.

Lorsque l'*épiploon* s'échappe au dehors de la plaie, on doit le repousser dans l'abdomen, s'il est sain : la blessure n'en est pas plus dangereuse, à moins qu'il ne contracte des adhérences avec la partie postérieure des lèvres de la plaie ; car alors le blessé ressent parfois des douleurs et des tiraillemens après les repas : ces accidens sont quelquefois assez forts pour obliger les malades à se tenir courbés en avant pendant la première époque de la digestion. Si, par un des motifs

que nous venons d'indiquer dans le paragraphe précédent, l'épiploon est étranglé, on est obligé suivant les circonstances de retrancher la portion flottante de ce repli membraneux ou d'aggrandir la plaie; ce dernier moyen a l'inconvénient de prédisposer aux hernies consécutives, tandis que l'autre peut entraîner l'adhérence de l'épiploon avec la plaie, et par conséquent des douleurs et des tiraillemens après le repas; d'où il suit que, lors même que l'étranglement de l'épiploon n'occasionerait point l'inflammation et la gangrène, il ne devrait pas être considéré comme constituant une blessure légère, dans toute l'acception du mot. Si l'épiploon est gangrené et que l'homme de l'art, se conformant aux préceptes établis par les meilleurs auteurs, abandonne à la nature la portion gangrenée, ou en retranche une partie en ayant soin de ne point couper le vif, il s'établit des adhérences de l'épiploon avec la plaie : or, cette terminaison, qui est sans contredit la plus heureuse, n'est pas exempte de dangers : outre les inconvéniens que nous avons déjà signalés, elle expose le blessé à une rupture de l'épiploon. Si au lieu d'agir comme nous venons de le dire, le chirurgien réduit l'épiploon gangrené, il peut se développer une inflammation abdominale promptement mortelle. S'il pratique la résection de la portion gangrenée dans l'endroit où la constriction a lieu, ou dans le point qui sépare la portion saine de celle qui ne vit plus, et qu'il procède à la réduction après avoir touché avec une liqueur astringente les vaisseaux qui fournissent du sang, il expose le blessé à périr d'hémorrhagie, la circulation pouvant se rétablir dans les vaisseaux crispés,

dès qu'ils seront sous l'influence de la chaleur de l'abdomen.

L'inflammation du péritoine, dont tous les médecins connaissent la marche et les dangers, est souvent le résultat des blessures pénétrantes du bas-ventre; il est cependant des cas où l'instrument vulnérant n'atteint pas cette membrane séreuse : ainsi dans les plaies du périnée, des lombes et des flancs, la vessie, le rectum, les reins et le colon peuvent avoir été blessés dans la portion dépourvue de péritoine. Il y a plus, on a vu quelquefois des blessures faites dans un des espaces intercostaux, pénétrer jusqu'au foie, ou à la rate, sans que cette membrane fût enflammée, ce qui tenait à ce qu'elle n'avait pas été divisée, ou à la légèreté de sa lésion.

L'épanchement d'un liquide ou d'un gaz dans la cavité de l'abdomen, suppose la lésion de l'organe qui les renfermait; mais il ne suit pas de là, que toutes les fois que cet organe est lésé, l'épanchement doive avoir lieu; l'observation démontre même que le foie, les intestins, les vaisseaux sanguins, etc., sont souvent blessés, sans que les matières qu'ils contiennent se soient épanchées en quantité notable. Avant de dire un mot sur chacun des fluides qui peuvent abandonner leurs réservoirs pour se répandre dans l'abdomen, établissons que les épanchemens de sang et des matières fécales sont les plus communs, que ceux de bile et d'urine sont beaucoup plus rares, et qu'il est encore moins ordinaire d'observer des épanchemens de gaz. — *Épanchement de sang.* Il peut se faire rapidement ou lentement; dans le premier cas, l'ouverture

du vaisseau est considérable et le sang pousse avec force ; le blessé peut succomber en peu de temps à l'hémorrhagie, dont il éprouve tous les symptômes. Si, comme il arrive plus ordinairement, l'épanchement se fait avec lenteur, il ne produit jamais dès le principe des accidens très-graves ; ce n'est qu'au bout de quatre à huit jours qu'on en observe les signes : or il n'est guère permis alors d'espérer que la résorption puisse se faire complétement, pour peu que la quantité de sang épanchée soit considérable ; la mort est donc le résultat inévitable de cet accident, à moins qu'à l'aide d'incisions méthodiques et pratiquées à temps, on n'ait provoqué l'issue du liquide, ou que celui-ci n'ait été rendu spontanément par l'anus ou par des abcès, comme on l'a vu, rarement à la vérité. L'*épanchement* des matières contenues dans l'*estomac* et dans les *intestins*, suppose le *plus* ordinairement que la lésion de ces viscères a une certaine étendue, car si elle était légère, les matières trouveraient moins d'obstacle à parcourir l'intérieur du canal digestif qu'à franchir l'ouverture qui aurait pu être faite à ses parois : lorsqu'il a lieu, le blessé ne tarde pas à succomber après avoir éprouvé les accidens les plus fâcheux. — L'*épanchement d'urine* ne peut être considéré comme peu dangereux, que lorsqu'il est fort peu considérable : dans tout autre cas, il occasione des symptômes graves suivis de la mort, tels que la gangrène et l'emphysème du tissu cellulaire sous-péritonéal ; si, comme il arrive quelquefois, le liquide s'infiltre dans le tissu cellulaire qui environne les reins, les uretères et la vessie, il détermine des abcès gangréneux autour de ces organes.

— L'*épanchement de bile* est assez rare et presque toujours mortel. Des *gaz* ne sauraient s'épancher dans l'abdomen qu'autant que l'estomac, les intestins grêles et surtout le colon et le rectum ont été blessés, ou que le poumon et le diaphragme ont été divisés : on conçoit aisément que le danger de cet épanchement n'est rien par lui-même, et qu'il est entièrement relatif à l'importance de l'organe qui a été blessé, et à l'étendue de sa lésion.

— *Présence d'un corps étranger dans l'abdomen.* Il est rare que les piqûres soient compliquées de la présence d'un corps étranger dans l'abdomen, surtout quand elles ont été faites à la partie antérieure du bas-ventre : lorsque cela a lieu, la blessure est presque toujours mortelle; nous disons presque toujours, parce qu'en effet, les annales de l'art renferment des observations de ce genre, qui ont été suivies de guérison. Benedictus rapporte qu'un soldat eut le dos percé par le fer d'une flèche, qu'il rejeta par l'anus au bout de deux mois. Fabrice de Hilden fait mention (*Cent.* V, OBSERVATION 174,) d'un individu qui, un an après avoir reçu un coup de poignard à la partie antérieure gauche de l'abdomen, rendit par l'anus, au milieu des douleurs les plus atroces, environ trois pouces de cet instrument. Quant à la présence d'une balle dans la cavité de l'abdomen, on sait qu'elle ne s'oppose pas toujours à la guérison de la blessure; combien d'exemples ne pourrions-nous pas citer d'individus qui ont vécu plusieurs années, malgré la présence de ce corps étranger dans le bas-ventre, et qui n'ont même pas éprouvé d'incommodité notable; dans d'autres circons-

tances, la balle a été rendue par l'anus, au bout d'un temps plus ou moins long. Tout porte à croire que dans les cas dont nous parlons, la plaie d'armes à feu n'a pas été suivie d'accidens graves et immédiatement mortels, parce que la balle a glissé fort obliquement sur la surface lisse des intestins, en ne produisant qu'une légère contusion, susceptible de céder facilement aux moyens antiphlogistiques qui auront été mis en usage.

Lésion des parties intérieures. Parmi les organes que renferme l'abdomen, le foie, l'estomac, les intestins, l'épiploon et la matrice dans l'état de grossesse, sont ceux qui sont le plus exposés à être blessés. La rate, les reins, le pancréas, la vessie, le vésicule du fiel, les vaisseaux sanguins et l'utérus dans l'état de vacuité, sont plus rarement atteints par les instrumens vulnérans. Quant aux canaux pancréatique, cholédoque et thorachique, il n'est pas présumable qu'ils soient lésés, à moins que d'autres organes importans n'aient été intéressés.

Estomac. Imiterons-nous les auteurs qui ont disserté longuement pour savoir si toutes les blessures de l'estomac sont nécessairement mortelles, ou bien si on ne devait ranger dans cette classe que celles qui affectent fortement le fond et les deux orifices de cet organe, tandis que l'on considérerait comme non mortelles celles qui ont lieu à sa partie latérale? Une pareille discussion devient inutile dès que l'observation démontre qu'on ne peut établir aucun principe fixe à ce sujet, que telle blessure de l'estomac que l'on aurait jugée de peu d'importance eu égard à son peu

d'étendue et à sa situation, est promptement mortelle parce que l'organe a éprouvé une forte commotion; tandis qu'une autre lésion que l'on aura regardée comme nécessairement mortelle par des motifs contraires, pourra être suivie de la guérison. Il nous paraît préférable d'adopter une marche, qui, si elle n'offre pas l'avantage de préciser autant la gravité des lésions que la précédente, n'entraîne pas avec elle les mêmes inconvéniens. Nous établirons d'abord que les blessures de l'estomac sont souvent mortelles 1° par l'hémorrhagie dont elles s'accompagnent, et qui donne lieu à un épanchement de sang dans cet organe ou dans le bas ventre; 2° par la commotion qu'éprouve le viscère; 3° par l'inflammation qui se développe et que l'art ne parvient pas toujours à combattre victorieusement; 4° par l'épanchement dans l'abdomen des matières contenues dans cet organe; 5° parce que lors même qu'il ne se manifeste aucun de ces accidens, et que l'on pratique la gastroraphie, cette opération détermine des vomissemens, des contractions d'estomac, etc., qui s'opposent à la guérison; 6° parce que les fonctions qu'il est appelé à remplir sont de nature telle, que leur suspension absolue pendant un certain temps doit compromettre l'existence du blessé. Ces vérités une fois posées, il sera facile de conclure que la lésion sera d'autant plus dangereuse, en général, que l'estomac aura été divisé dans une plus grande étendue, que la blessure sera plus voisine d'un de ses orifices, que l'estomac était plus distendu au moment de l'accident, qu'un plus grand nombre de vaisseaux importans aura été atteint, que la commotion

aura été plus forte, l'inflammation plus vive et l'emploi des moyens antiphlogistiques moins heureux ; que l'estomac enfin ne pourra pas agir sur les alimens propres à nourrir le blessé. En effet, il est d'autant plus permis d'espérer une réunion favorable de la plaie, une adhérence avec le péritoine ou avec l'épiploon, que ces accidens sont moins nombreux et plus légers, surtout lorsque les membranes de l'estomac n'ont pas été complétement divisées.

Mahon a dit avec raison que les médecins ne sauraient être trop circonspects lorsqu'ils ont à décider une question relative aux blessures de l'estomac. « Ils doivent déterminer avec la plus scrupuleuse exactitude, la grandeur et la forme de la blessure, la région de l'estomac qui a été offensée, le nombre et la grosseur des vaisseaux et des nerfs majeurs qui ont été affectés, le sang contenu encore dans les vaisseaux, la quantité de celui qui s'est épanché dans la cavité abdominale, les autres substances qui y sont également tombées par la plaie, l'état des tégumens communs, des muscles du bas-ventre et du péritoine, ainsi que des viscères qui avoisinent le sac membraneux. Les médecins ne sauraient trop se souvenir que peu de questions de médecine légale peuvent donner lieu à autant de subterfuges de la part de l'accusé et de ses défenseurs. » (Tom. II, p. 145.)

Intestins. Les intestins grêles et la portion transverse du colon, sont les parties du canal intestinal que les instrumens vulnérans atteignent le plus souvent. Une légère *piqûre* de ce canal peut n'être suivie d'aucun symptôme fâcheux, si elle n'a pas intéressé un vais-

seau sanguin; il n'en est pas de même si les plaies faites par un corps aigu ont été nombreuses ou d'une certaine étendue, car alors le blessé peut périr au bout de quelques jours, à la suite de l'inflammation, lors même qu'il n'y aurait ni épanchement de sang ni de matières stercorales, ni de bile.

Les plaies par *instrument tranchant* sont loin d'être toujours mortelles, soit que les intestins blessés restent dans l'abdomen ou se présentent à la plaie extérieure : dans le premier cas, on a vu le conduit intestinal blessé dans plusieurs points, développer les symptômes les plus graves, qui ont pourtant cédé aux moyens antiphlogistiques. On lit dans les Mémoires de l'Académie des sciences (année 1705), qu'un individu se donna dix-huit coups de couteau au bas ventre, parmi lesquels huit étaient pénétrans : les saignées répétées dans les quatre premiers jours, la diète et les boissons rafraîchissantes et calmantes, dissipèrent au bout de deux mois les accidens alarmans qu'avaient fait naître ces blessures; dix-sept mois après, cet homme s'étant précipité d'un lieu fort élevé, périt sur-le-champ, et l'ouverture du cadavre fit voir plusieurs cicatrices attestant que le lobe moyen du foie, le jéjunum et le colon avaient été blessés.

Si les intestins lésés se présentent au dehors, la plaie, ainsi que nous l'avons déjà dit, n'est pas toujours mortelle : elle peut avoir assez peu d'étendue pour guérir même sans être obligé de recourir à la suture; les moyens généraux suffisent alors, pourvu que la portion d'intestin blessé soit assujettie au dehors, si elle appartient au jéjunum, à l'iléon ou au

colon transverse, qui sont assez mobiles. Si la blessure de l'intestin a plus de quatre lignes de longueur, la suture est nécessaire, tant pour prévenir l'épanchement des matières stercorales dans l'abdomen, que pour favoriser l'adhérence des bords de la division avec le péritoine ou avec un autre organe : cette pratique est souvent couronnée de succès. Quand l'intestin a été complétement et transversalement divisé par l'instrument tranchant, ou que l'on en a retranché une portion qui était gangrénée, la blessure est beaucoup plus grave, mais elle n'est pas encore au-dessus des ressources de l'art, soit qu'on réunisse les deux bouts de l'intestin, ou qu'on établisse un anus artificiel, qui, s'il n'était pas susceptible de guérir, offrirait d'autant plus d'inconvéniens et de danger, qu'il serait situé plus près de l'origine du canal intestinal.

Toutefois, on aurait tort de conclure, de ce que plusieurs des plaies des intestins faites par des instrumens tranchans ne sont pas mortelles, lorsque l'art vient promptement au secours du blessé, que toutes les blessures de ce genre doivent être suivies de guérison. Peut-on se flatter de combattre efficacement les accidens, lorsqu'il s'est fait dans l'abdomen un épanchement considérable de sang, de matières stercorales, de bile, ou que l'inflammation produite par la blessure est excessivement grave ? Il suffira pour répondre négativement à ces questions, de consulter ce que nous avons établi à la page 666.

Les déchirures des intestins par des cornes d'animaux, un pieu, ou tout autre instrument *contondant* et pointu, déterminent presque toujours une mort

prompte ; lorsqu'elles sont considérables ; et si elles sont moins graves, elles font souvent périr le blessé au bout d'un certain temps, à cause de l'épanchement et de l'inflammation qui les suivent.

Quand l'intestin a été fortement meurtri par une *arme à feu*, sans être percé, il se forme au bout de quelques jours une escarre qui ne tarde pas à se détacher ; les excrémens sortent par la plaie extérieure que l'on est quelquefois obligé d'agrandir ; la plaie reste fistuleuse, où il se forme un anus artificiel, à moins que la portion d'intestin lésée ne soit peu considérable, car alors les matières fécales reprennent leur cours ordinaire. Si l'intestin a été percé, que la plaie extérieure soit trop étroite et que l'on n'ait pas favorisé, à l'aide d'incisions convenables faites à la peau, la sortie des matières stercorales par la plaie, les excrémens s'épancheront dans l'abdomen et occasioneront promptement la mort. Il est inutile d'indiquer que les contusions et les plaies contuses dont il s'agit peuvent encore être fort dangereuses, à raison de la commotion des viscères, de la lésion des vaisseaux sanguins, etc. (*V*. page 663, pour compléter l'histoire des blessures des intestins.)

Epiploon et mésentère. La lésion de ces organes présente un danger imminent, lorsque les vaisseaux sanguins qui les parcourent ont été ouverts ; car l'hémorrhagie qui en résulte peut être promptement mortelle. L'inflammation, quoique moins redoutable, n'en constitue pas moins une maladie fort grave, qui se termine souvent par la mort. Les blessures du mésentère sont plus fâcheuses que celles de l'épiploon, parce qu'il y a

dans ce dernier organe moins de vaisseaux sanguins et de nerfs. Nous ne reviendrons point sur les dangers des lésions pénétrantes du bas-ventre, dans laquelle l'épiploon s'engage dans la plaie. (*Voy.* page 664.)

Foie. Les blessures du foie sont promptement mortelles, lorsque les principaux vaisseaux sanguins qui se distribuent à cet organe ont été ouverts par un instrument piquant ou tranchant, ou déchirés par une violence extérieure qui en a écrasé en même temps le tissu. Nous pourrions appuyer cette assertion d'un très-grand nombre de faits, s'il était permis de supposer que l'on pût élever le plus léger doute. Si les vaisseaux sanguins dont nous parlons n'ont pas été intéressés, la blessure est d'autant plus grave qu'elle donne lieu à une inflammation plus intense, et que la matière de la suppuration qui la termine ordinairement, éprouve plus de difficulté à se frayer une route jusqu'au dehors; aussi remarque-t-on que plus la lésion est profonde, plus elle est dangereuse, tout étant égal d'ailleurs. Quoi qu'il en soit, l'homme de l'art pourrait compromettre sa réputation s'il rangeait parmi les affections nécessairement mortelles, toutes les hépatites traumatiques.

Vésicule du fiel. La vésicule du fiel, à raison de son peu de volume, est ordinairement à l'abri de l'action des instrumens vulnérans. Presque constamment les blessures de cet organe donnent lieu à un épanchement de bile auquel les malades succombent au bout de quelques jours; ce liquide pourtant ne s'épanche pas toujours dans l'abdomen, parce qu'il existe des adhérences entre cette poche et le péritoine: alors le

blessé peut guérir. On ne trouve dans les annales de l'art, qu'un seul exemple de blessure de la vésicule du fiel, sans adhérence avec le péritoine, qui n'ait pas occasioné la mort, et encore est-il permis d'élever des doutes sur l'authenticité du fait. — La lésion des canaux *hépatique*, *cystique* et *cholédoque*, plus rare que celle dont nous venons de parler, doit être considérée comme mortelle, non-seulement à cause de l'épanchement de bile, mais encore parce qu'il est difficile d'admettre qu'elle ne soit pas accompagnée de blessures d'organes plus importans.

Rate. Faut-il adopter avec certains auteurs que toutes les blessures de la rate peuvent être guéries, et même que la déchirure de cet organe n'est pas constamment suivie de la mort? L'observation démontre le contraire. Ici, comme pour le foie, l'instrument vulnérant peut n'avoir qu'effleuré la surface du viscère, ce qui constitue une lésion curable; mais s'il a divisé l'artère splénique dans ses principales ramifications, si la rate a été déchirée de manière à occasioner un épanchement considérable, la blessure est mortelle, à moins que le sang ne cesse de couler, et qu'on n'évacue celui qui s'était répandu dans l'abdomen.

Pancréas. Le danger des blessures de cet organe est relatif à l'hémorrhagie et à l'épanchement; car il n'est pas assez important par lui-même pour que sa lésion détermine des accidens graves.

Reins. Si les artères rénales ou leurs principales divisions ont été ouvertes par l'instrument vulnérant, il est rare que le blessé ne succombe promptement à l'hémorrhagie ou à l'épanchement de sang dans l'ab-

domen : toutefois, lorsque le coup a été porté par derrière, sur la portion du rein qui n'est pas recouverte par le péritoine, l'hémorrhagie est pour l'ordinaire moins considérable; le sang se répand dans la masse graisseuse sur laquelle repose cet organe et dans les muscles environnans ; il peut sortir par la plaie, et par conséquent la blessure est moins grave. Si les reins n'ont été atteints qu'à leur surface, et que l'on n'ait pas à redouter l'hémorrhagie, les dangers sont relatifs à la quantité d'urine qui s'écoule, à la voie que suit cet écoulement, et à l'inflammation qui se développe : s'il s'épanche beaucoup d'urine dans la cavité du péritoine, la mort a lieu promptement : le blessé peut guérir, au contraire, si la plaie a été faite à la région lombaire, que le péritoine n'ait pas été intéressé et que l'urine puisse sortir librement par la blessure extérieure, comme dans le cas d'hémorrhagie. On ne saurait être trop circonspect lorsqu'on est appelé pour juger la léthalité des lésions de ces organes; souvent on est induit en erreur par la profondeur à laquelle l'instrument vulnérant a pénétré, et on déclare mortelles des plaies qui finissent par guérir.

Les blessures des *uretères* déterminent un épanchement d'urine dans l'abdomen, qui les rend mortelles, à moins qu'il ne soit peu considérable et qu'on ne donne promptement issue au liquide répandu dans le bas-ventre.

Vessie. Le succès avec lequel on pratique souvent la lithotomie, d'après des méthodes diverses, prouve que des incisions étendues de la vessie peuvent être promptement suivies de la guérison ; mais en est-il de

même des lésions de cet organe faites par des instrumens vulnérans, lorsqu'on n'a pu prendre aucune des précautions propres à prévenir des accidens fâcheux? L'observation démontre que dans ce cas le blessé peut guérir ou périr dans un espace de temps fort court, et qu'il est par conséquent inexact de considérer toutes ces blessures comme de nécessité mortelles. Pour juger leur gravité, on doit s'attacher à déterminer 1° si la vessie était pleine ou vide; 2° si des vaisseaux considérables ont été atteints; 3° si la vessie a été blessée et quel est le siége de la blessure. Examinons chacun de ces points. La plénitude de la vessie peut faire supposer qu'elle a été lésée dans des circonstances où l'instrument vulnérant ne l'aurait point touchée si elle avait occupé un petit volume : on sait en outre que cet état favorise sa rupture quand une violence externe agit avec force : cet accident est promptement mortel. Lorsque des vaisseaux considérables de la vessie ou des parties voisines ont été atteints, le sang s'épanche dans la cavité pelvienne ou dans les muscles du voisinage : on doit redouter alors tous les phénomènes de l'hémorrhagie et de l'épanchement, si on ne parvient pas à arrêter le sang ou à lui donner issue. On lit dans les auteurs, qu'une forte contusion de la vessie est ordinairement suivie de son inflammation, qui se termine presque toujours par sphacèle; mais il est probable que dans ces cas les perforations que l'on a trouvées à la vessie dépendaient plutôt de sa rupture que de sa gangrène. Les blessures de la partie postérieure de ce viscère par des instrumens tranchans ou par des armes à feu, ne tardent pas à être

suivies d'un épanchement d'urine dans la cavité du péritoine, qui est promptement mortel ; ce liquide s'infiltre au contraire dans le tissu cellulaire, si la portion de la vessie qui a été blessée n'est pas recouverte par le péritoine ; il importe alors de savoir si la situation de la blessure permet ou non l'évacuation du liquide épanché. Les blessures qui intéressent à la fois l'intestin rectum et le bas fond de la vessie peuvent guérir, mais elles sont presque constamment suivies de fistules recto-vésicales incurables. Ajoutons à cela que si les plaies de la vessie, par armes à feu, sont déjà très-dangereuses par elles-mêmes, elles le deviennent beaucoup plus lorsqu'elles sont compliquées de la présence de la balle ou des corps étrangers qu'elle a entraînés avec elle, de la lésion d'autres viscères de l'abdomen et du fracas des os du bassin.

Organes de la génération. On a des exemples de contusion violente des *testicules*, suivie d'une vive inflammation qui s'est terminée promptement par la mort ; quelquefois, il est vrai, l'art peut arrêter les progrès de cette maladie, et soustraire le blessé à un danger imminent ; mais combien de fois alors ne voit on pas survenir le squirre ou le cancer, affections organiques qui exigent souvent la castration, et qui ne guérissent même pas toujours en employant ce moyen extrême. Ce qui vient d'être dit peut s'appliquer également aux *piqûres*. La section des testicules par un *instrument tranchant*, n'est pas nécessairement mortelle, quoiqu'elle puisse le devenir. Il n'en est pas de même de la division du *cordon des vaisseaux spermatiques*, car le blessé peut périr s'il n'est pas secouru assez

à temps pour arrêter l'hémorrhagie. Les lésions des *vésicules séminales* rendent l'individu incapable de procréer, si elles ont pour résultat l'oblitération des canaux excréteurs, mais elles ne compromettent pas son existence, à moins qu'elles ne soient accompagnées d'autres lésions plus graves. Des entailles faites à la verge, et la section complète de ce membre, ne peuvent être considérées comme des blessures mortelles, qu'autant qu'il a été impossible de lier les vaisseaux sanguins et d'empêcher l'écoulement du sang : le succès de la ligature dépend de la promptitude avec laquelle on l'a pratiquée, et de la situation de la blessure; si les vaisseaux ont été ouverts près de l'abdomen, il est plus difficile d'arrêter l'hémorrhagie.

La *matrice* dans l'état de vacuité, est presque toujours à l'abri de l'action des instrumens vulnérans; le contraire a lieu lorsqu'elle est développée par une cause quelconque. Si elle contient un ou plusieurs fœtus, ses blessures sont fort dangereuses pour ces derniers et pour la mère; en effet, les vaisseaux sanguins étant alors d'un calibre considérable, leur lésion peut donner lieu à une hémorrhagie promptement mortelle; si la violence extérieure a déterminé l'avortement, que le placenta soit décollé en totalité ou en partie, et que la matrice ne revienne pas sur elle-même, par les seuls efforts de la nature ou par les secours de l'art, il se déclare une perte qui ne tarde pas à être funeste à la mère. Le renversement, la rupture de la matrice, le prolapsus et la métrite aiguë sont encore des accidens graves produits par certaines blessures. Déjà nous avons exposé à la pag. 355, les suites fâcheuses

des piqûres du col de l'utérus, faites dans l'intention de provoquer l'avortement. Toutes ces lésions ne sont pas également dangereuses ; il en est que l'on peut combattre avec succès si l'on est appelé à temps.

Vaisseaux artériels et veineux de l'abdomen. Les artères aorte, diaphragmatique inférieure, cœliaque (opisthogastrique), splénique, hépatique, coronaire stomachique, rénales, mésentérique supérieure et inférieure, spermatiques (testiculaires), lombaires, iliaques, etc. ; et leurs principales divisions ; la veine cave inférieure, la veine azygos, la veine porte et les grosses branches qui les forment, ne peuvent être blessées dans une étendue notable, abstraction faite de toute autre lésion, sans déterminer une hémorrhagie et un épanchement qui sont bientôt suivis de la mort, parce que l'art est impuissant pour s'opposer à l'émission du sang. Si la blessure est petite, la mort peut n'arriver qu'au bout de quelques jours, comme nous l'avons dit en parlant des vaisseaux thorachiques (*voyez* pag. 651.) ; il peut même se faire, si une de ces veines a été légèrement blessée, que les moyens généraux propres à modérer l'impulsion du sang, soient suffisans pour empêcher le blessé de périr, surtout s'ils ont été employés peu de temps après la lésion.

Fractures des os du bassin. Ces fractures sont presque toujours fâcheuses, qu'il y ait ou non déplacement des fragmens, parce qu'elles sont souvent accompagnées de la commotion de la moelle épinière, de la contusion, du déchirement des nerfs, des vaisseaux et des viscères renfermés dans le bassin, ce qui donne lieu à des épanchemens de sang, d'urine, etc., et à

des inflammations, qui peuvent faire périr le blessé sur-le-champ ou au bout de quelque temps.

QUARANTE-DEUXIÈME LEÇON.

Blessures des extrémités. C'est à tort que l'on a considéré les blessures des extrémités comme n'étant jamais mortelles, parce qu'elles n'intéressent point des organes essentiels à la vie ; l'expérience prouve, que si plusieurs de ces lésions guérissent avec facilité, il en est d'autres qui sont fort graves et promptement mortelles, malgré les secours de l'art les mieux combinés et les plus efficaces : de là la nécessité de les examiner séparément.

Parmi les blessures des extrémités, il en est qui entraînent nécessairement *la perte d'une partie ou de la totalité d'un membre ;* tantôt celui-ci est emporté en entier, ou presque complétement, comme on le voit lorsqu'un boulet frappe perpendiculairement sur lui ; alors l'amputation est indispensable, de l'aveu des meilleurs praticiens : tantôt la contusion ayant été très-forte, les os fracassés et les parties molles considérablement délabrées, comme on l'observe dans les plaies d'armes à feu, la gangrène se manifeste et fait des progrès allarmans, si on ne se hâte d'amputer le membre : la perte de l'extrémité dans ces deux cas est une affection très-grave, parce qu'elle est souvent suivie de la mort, surtout lorsque l'amputation a été faite dans une partie peu éloignée du tronc. Les amputations des membres pratiquées, au contraire, sous des conditions favorables, doivent être

rangées parmi les lésions curables avec dérangement des fonctions.

Vaisseaux sanguins des extrémités. Les lésions des gros vaisseaux artériels des extrémités sont d'autant plus dangereuses, que la partie blessée est plus près du tronc. La *contusion* des grosses artères, si elle est considérable, peut produire leur rupture et l'épanchement de sang dans les parties environnantes, ce qui constitue l'*anévrysme faux primitif*, dont nous ferons bientôt connaître les dangers; si l'effort n'est pas assez grand pour déchirer les tuniques des artères, il peut les affaiblir au point de favoriser plus tard le développement d'un *anévrysme vrai*.

L'ouverture de l'artère *axillaire* au creux de l'aisselle, est ordinairement suivie d'une hémorrhagie mortelle, à laquelle il est difficile de remédier assez promptement : toutefois, il est des cas où la ligature de ce vaisseau peut être pratiquée assez à temps pour que le blessé guérisse en conservant le membre. Les progrès de la chirurgie moderne prouvent l'erreur dans laquelle étaient tombés les anciens, en soutenant une assertion contraire. MM. Post et Dupuytren, dans deux cas d'anévrysme de l'artère axillaire, ont lié la sous-clavière en dehors du scalène antérieur sur la première côte, et leurs efforts ont été couronnés de succès. La ligature de l'artère axillaire au-dessous de la clavicule, a été également pratiquée avec avantage, par Chamberlaine, dans un cas de blessure.

Les blessures de l'artère *crurale*, immédiatement à sa sortie de l'arcade de ce nom, ne tardent pas à faire périr le blessé d'hémorrhagie, si l'art ne vient

promptement à son secours ; l'observation démontre pourtant qu'il est permis d'arrêter l'écoulement du sang et de guérir le blessé, si on se hâte de lier l'artère iliaque externe en pénétrant dans la région pelvienne. Sur vingt-deux opérations de ce genre, pratiquées dans des cas d'anévrysme ou d'hémorrhagie traumatique, quinze l'ont été avec succès ; d'où il résulte qu'il est impossible d'admettre avec plusieurs auteurs, que l'hémorrhagie de l'artère crurale, ne peut être arrêtée que par l'extirpation du membre dans l'article, ou par la ligature de l'artère iliaque externe ; *opérations que beaucoup de chirurgiens regardaient comme inexécutables.*

La blessure de l'artère iliaque externe, nous paraît au-dessus des ressources de l'art : on sait que dans un cas d'anévrysme de ce vaisseau, Astley-Cooper fit la ligature de l'aorte ventrale, et que le malade périt. Ce chirurgien célèbre attribua la non-réussite de l'opération, à ce que l'on avait attendu pour la pratiquer, que la tumeur anévrysmale eût acquis un trop grand développement. Il est difficile de croire que la ligature d'un tronc artériel d'un aussi grand calibre, ne soit pas constamment suivi d'accidens fâcheux et promptement mortels.

Anévrysmes traumatiques. Les suites de l'anévrysme *faux primitif* sont très-fâcheuses ; en effet, le sang infiltré distend souvent les aponévroses d'enveloppe, en sorte qu'il y a étranglement des parties sous-jacentes ; la putréfaction de ce fluide, qui ne tarde pas à avoir lieu, accélère le développement de la gangrène, et le blessé périt par suite de cette affection, ou épuisé

par plusieurs hémorrhagies qui se sont succédées avec plus ou moins de rapidité. Cet anévrysme est d'autant moins grave, que l'artère qui en est le siége, est plus éloignée du tronc, qu'elle est plus superficielle, qu'il y a moins de sang infiltré, et que celui-ci est moins altéré ou corrompu. Il est plus redoutable qu'un anévrysme circonscrit quelconque, non-seulement parce qu'il est ordinairement accompagné d'autres lésions physiques très-graves, mais encore par la compression qu'éprouvent les artères collatérales, ce qui rend difficile le transport du sang vers la partie inférieure du membre. Toutefois l'anévrysme faux primitif peut être guéri, si, à l'aide de la compression ou de la ligature, on parvient à arrêter l'écoulement du sang.

L'*anévrysme faux consécutif* est moins à craindre, tout étant égal d'ailleurs, que l'anévrysme vrai; sa marche est moins rapide, et l'usage des moyens compressifs, suivi de plus de succès; d'ailleurs si on est obligé de l'opérer, on n'a pas à redouter la récidive de la maladie, ce qui n'arrive pas dans l'anévrysme vrai, qui s'est développé sous l'influence d'une diathèse anévrysmale.

Les *varices* anévrysmales ne donnent ordinairement lieu qu'à des incommodités légères. Hunter rapporte l'observation d'une femme qui avait été blessée à l'artère, et dont la varice n'éprouva aucun changement pendant trente-cinq années que vécut la malade. Dans certains cas néanmoins, la partie du membre placée au-dessous de la varice peut s'atrophier et perdre sa sensibilité et ses mouvemens, comme nous l'avons observé une fois.

L'anévrysme variqueux est moins grave que les anévrysmes faux, primitif ou consécutif. On n'a jamais observé sa rupture spontanée. Il est moins fâcheux quand la tumeur est simplement formée par la dilatation de la veine, que dans le cas où celle-ci est compliquée d'anévrysme faux circonscrit, c'est-à-dire de stagnation de sang coagulé et polypeux dans le tissu cellulaire abondant et lâche qui sépare la veine de l'artère.

Blessures des veines. Les blessures des veines des extrémités sont rarement dangereuses ; toutefois, l'expérience démontre que l'ouverture des veines fémorale et brachiale, près du tronc, peut déterminer la mort immédiatement, ou par suite de l'épuisement qui en est le résultat, si le blessé n'a pas été convenablement secouru. Le danger de ces plaies dépend essentiellement de la présence d'un obstacle qui empêche le sang veineux de circuler librement dans le tronc ouvert ou dans les veines environnantes : nous avons vu un jeune homme dont la veine crurale avait été ouverte près de l'arcade du même nom par un emporte-pièce aigu, périr d'hémorrhagie deux heures après ; le chirurgien qui lui avait porté les premiers secours exerça la compression, tant sur la plaie qu'au dessus d'elle, ce qui augmenta nécessairement l'écoulement du sang (ce fluide étant retenu dans le membre); le blessé était expirant lorsqu'il fût amené à une des salles de l'Hôtel-Dieu confiée aux soins de M. Dupuytren.

Blessures des nerfs. Il est impossible d'admettre qu'une partie quelconque du corps ait été blessée sans qu'il y ait eu lésion des extrémités épanouies des

nerfs, parce que ceux-ci se répandent partout : nous ne nous occuperons pourtant que des lésions par cause externe d'un cordon ou d'un filet nerveux appréciable ; ce sujet a été fort bien traité dans ces derniers temps par M. Jules Descot. (*Voyez* sa Dissertation inaugurale, 1822.)

Piqûre. Elle est constamment suivie d'une douleur très-vive qui se fait sentir dans toutes les parties auxquelles le nerf se distribue. Il arrive souvent que la blessure guérit promptement et sans accidens graves, si le blessé est doué d'une bonne constitution, s'il garde le repos, et s'il ne s'expose à aucune autre cause de maladie. Dans quelques circonstances il se développe des convulsions qui s'étendent au loin et parfois à tout le corps ; la douleur et les mouvemens convulsifs peuvent se dissiper d'eux-mêmes ou être suivis du tétanos, de la mort ou d'une névralgie, comme le prouvent les faits suivans : 1° Une demoiselle reçut un coup de canif à la partie inférieure et externe de l'avant-bras, à deux pouces environ au-dessus du poignet ; des douleurs vives, lancinantes, se manifestèrent dans l'avant-bras, dans le poignet et jusqu'au bout des doigts ; il y eut des mouvemens convulsifs dans le bras ; les mouvemens du poignet et des doigts étaient incomplets et par fois impossibles : ces symptômes diminuaient par un temps sec et augmentaient lorsqu'il faisait froid et humide, et lorsque les vents soufflaient du nord et du nord-ouest. Ces accidens qui paraissaient avoir cédé à l'usage des bains de Bourbonne, reparurent avec plus d'intensité, en sorte que la malade dépérissait de jour en jour. Après avoir tenté

inutilement plusieurs moyens, on eut recours au cautère actuel, dont trois applications successives furent faites au travers de la cicatrice; l'escarre ne tarda pas à se détacher, et l'on vit bientôt disparaître la névralgie, qui pendant deux ans avait rendu misérable l'existence de cette jeune personne. (*Verpinet*, Journal de médecine, vol. X, messidor an 13.) 2° Une femme après avoir été saignée éprouva des convulsions et des douleurs lancinantes depuis le pli du bras jusqu'à l'épaule; la blessure était un peu enflammée; il s'en écoulait un fluide séreux; deux jours après on appliqua un tourniquet au-dessus de la saignée, dans le dessein de faire cesser les convulsions : une rémission des spasmes eut bientôt lieu; les mouvemens convulsifs reparurent sans que l'on obtînt cette fois le plus léger avantage de l'emploi du tourniquet. Le docteur Wilson, persuadé que les accidens dépendaient de la piqûre du nerf cutané, l'incisa transversalement au-dessus de la lésion; mais il n'y eut aucun amendement dans les mouvemens convulsifs : une autre incision plus profonde et plus étendue fut faite au-dessus de la première, et aussitôt la malade s'écria qu'elle était guérie : en effet, elle pût mouvoir sur-le-champ le membre en différens sens; le spasme ne reparut plus, et la guérison ne tarda pas à être complète. (*Swan*, Dissertation on the treatment of morbids local affections of nerves; London, 1820.)

La piqûre des nerfs a été quelquefois la cause du développement de *névromes*, sortes de tumeurs improprement nommées *ganglions*, et dont on reconnaît deux variétés d'après le siége et le volume; sa-

voir, le *tubercule sous-cutané douloureux*, et les *tumeurs volumineuses ou multiples* : la première de ces variétés détermine des douleurs aiguës qui reviennent par accès, dont la durée varie depuis dix minutes jusqu'à plus de deux heures : il y a quelquefois plusieurs paroxymes dans l'espace de vingt-quatre heures, tandis que chez d'autres malades, la rémission dure pendant plusieurs semaines. La seconde variété peut-être suivie de la mort lorsque le malade ne veut pas se soumettre à l'extirpation des tumeurs. *Gooch* a vu cette terminaison fâcheuse, parce que la tumeur avait gagné l'aisselle et déterminé la compression des gros vaisseaux, des symptômes d'hydropisie, etc. (*Odier*, Manuel de méd. pratique.)

Plaies par instrument tranchant. La section complète des nerfs par un instrument tranchant est aussitôt suivie d'une douleur aiguë, de l'insensibilité de la peau et de la paralysie des muscles auxquels le nerf se distribue. Si le nerf appartient à une partie peu mobile, il peut survenir des accidens très-graves, mais ils s'observent beaucoup plus rarement que dans le cas de piqûre; presque toujours les deux bouts se réunissent et les fonctions se rétablissent promptement, si on rapproche les lèvres de la plaie et que l'on fasse garder le repos au malade : Un homme se donne un coup de serpette vis-à-vis la partie inférieure du cubitus gauche; la plaie comprend, entre autres parties, le tendon du muscle, l'artère et le nerf cubitaux situés en cet endroit : on lie les deux bouts de l'artère après avoir exercé la compression pendant quelque temps, et on arrête l'hémorrhagie : la réunion par première

intention, amena bientôt la guérison de la plaie; pendant les premiers jours qui suivirent l'accident, le petit doigt et une partie de l'annulaire restèrent engourdis, et le sentiment d'abord nul, y était ensuite obscur, comme si le toucher avait eu lieu à travers un gant : ces symptômes se dissipèrent peu à peu, et le sentiment ne tarda pas à être aussi parfait que dans le reste de la main. (Observation communiquée par M. Béclard.)

Si le nerf coupé est situé dans des parties très-mobiles, comme au voisinage d'une articulation, l'écartement des deux bouts est plus considérable, et la réunion beaucoup plus lente, imparfaite, et même quelquefois impossible : nous citerons pour exemple, la paralysie permanente, produite, d'après les plus célèbres chirurgiens, par la section du nerf radial à la partie inférieure du bras.

Quand il y a excision complète du nerf avec perte de substance considérable, les fonctions ne se rétablissent jamais, à cause de l'écartement des deux bouts du nerf.

Contusion des nerfs. La contusion des petits filets nerveux est une affection légère, marquée par un engorgement inflammatoire douloureux, avec plus ou moins de tension. Une contusion légère des gros troncs nerveux est suivie d'une douleur d'autant plus aiguë qu'ils ont un point d'appui solide sur les os, comme on le voit particulièrement lorsqu'on frappe le nerf cubital à la partie interne du coude. Si la contusion est plus forte, elle donne ordinairement lieu à la perte du mouvement et du sentiment dans les parties aux-

quelles il se distribue : cette perte n'est que momentanée dans certains cas : la paralysie est au contraire au-dessus des ressources de l'art, si la percussion a été assez intense pour détruire l'organisation du nerf.

Des commotions et des contusions graves des nerfs sont quelquefois la suite des plaies *d'armes à feu.* M. Ribes rapporte qu'un militaire reçut un coup de balle à la réunion du tiers supérieur et du tiers moyen de la région externe de la jambe ; le projectile ne sortit qu'au bout de trois mois ; alors la plaie ne tarda pas à se cicatriser. Huit ans après, on fut obligé de couper le nerf sciatique poplité externe, pour faire cesser des mouvemens convulsifs généraux, des douleurs atroces, un tremblement de la mâchoire inférieure, des contractions toniques fort intenses, etc. La section du nerf amena la perte du sentiment et du mouvement dans les parties où il allait se distribuer. Pendant les cinq années qui se sont écoulées depuis le moment de l'opération, le malade à encore eu six ou sept accès ; mais l'on a observé que les contractions musculaires et les douleurs ont été très-faibles, le trouble infiniment moindre, les accès, en général, de très-peu de durée, et à peine semblables à ceux qui se manifestaient avant l'opération.

La présence d'un corps étranger dans un nerf peut occasioner les accidens les plus graves. *Denmark* fut obligé de pratiquer l'amputation du bras dans un cas de blessure faite par une balle de mousquet à la partie inférieure du bras ; il put se convaincre qu'une petite portion de la balle était fortement fixée dans les fibres de la partie postérieure du nerf radial.

Muscles. La contusion des *muscles* apporte d'autant plus d'obstacles à leur contraction, qu'elle est plus forte; la douleur varie également suivant l'intensité avec laquelle agit le corps contondant. Il n'est pas rare, lorsque la contusion a été vive, et que les muscles contus sont recouverts d'une forte aponévrose, de ne pas voir paraître l'ecchymose qu'elle a déterminée, avant que quelques jours se soient écoulés, parce que le sang s'est épanché dans le tissu des muscles ou entre ceux-ci et les os, et qu'il faut un certain temps pour qu'il arrive jusqu'au tissu cellulaire sous cutané. L'homme de l'art n'oubliera point cette circonstance, que les accusés pourraient faire valoir dans le premier moment, s'ils soutenaient que le plaignant n'a été l'objet d'aucune violence extérieure.

Les plaies des *muscles*, faites par des instrumens tranchans, guérissent facilement par la situation et par un bandage approprié. Les blessures des *tendons*, regardées à tort par beaucoup d'auteurs, comme étant fort douloureuses et accompagnées de fièvre, de délire et de convulsions, ne sont ordinairement suivies que de la difficulté ou de l'impossibilité de mouvoir les parties des membres auxquels ils appartiennent. On observe que la rupture des tendons qui ont été consolidés à l'aide d'un appareil convenable, n'entraîne point la perte des mouvemens.

Os. La *contusion* des os est quelquefois suivie de la carie et de la nécrose. Le danger des *fractures* varie suivant l'âge et la constitution du blessé, l'os ou la partie de l'os qui ont été cassés, la forme de la fracture, le nombre de ces fractures, leur simplicité ou leur

complication, la promptitude avec laquelle le malade a été secouru, etc. La consolidation de l'os, tout étant égal d'ailleurs, est plus prompte chez les jeunes gens, et chez les individus doués d'une bonne constitution, que chez les vieillards, les personnes valétudinaires et les femmes enceintes, suivant quelques auteurs. La maladie est plus difficile à guérir, si l'os fracturé est enveloppé de muscles épais, que lorsqu'il est à peine recouvert; il en est de même quand la fracture, au lieu d'intéresser un seul des os de l'avant bras ou de la jambe, a son siége à la fois dans le cubitus et le radius, ou dans le tibia et le péroné. Si l'os est cassé dans sa partie moyenne, la blessure est moins dangereuse que lorsqu'elle a lieu près de l'articulation. Quoique les fractures obliques soient plus dificiles à réduire et à maintenir que les transversales, elles ne peuvent pas être considérées comme dangereuses, si elles sont exemptes de complication. Si l'os n'a été brisé qu'en deux fragmens, la fracture est beaucoup plus simple que lorsqu'il y en a plusieurs, surtout si quelques-uns d'entre eux sont pointus, susceptibles de déchirer les parties molles, ou entièrement isolés. La fracture est beaucoup plus grave quand il y a eu contusion violente ou plaie contuse des muscles, des nerfs, des vaisseaux sanguins, non-seulement à cause de l'inflammation et de la gangrène, mais encore à raison de la commotion générale. Plus la réduction de la fracture a été faite promptement, moins elle présente de danger en général; le temps exigé pour la guérison de la fracture est évidemment beaucoup moindre lorsque le blessé est assez docile pour ne pas se livrer à

dés mouvemens propres à déranger les appareils contentifs.

Les *luxations*. Le danger de ces blessures est relatif à la nature de l'os déplacé, à l'époque à laquelle on a opéré la réduction, et à la simplicité ou à la complication de la maladie. On doit ranger parmi les lésions facilement curables les luxations de presque tous les os des membres, si elles sont simples, et que leur réduction, confiée à des mains habiles, ne se fasse pas long-temps attendre. C'est à tort qu'on a avancé que le déplacement de la tête du fémur entraîne la claudication et une démarche pénible, parce que la réduction en est fort difficile, et qu'il se forme presque toujours une fausse articulation; des exemples nombreux démentent cette assertion. Le succès de la réduction dépend de la promptitude avec laquelle les secours sont administrés : lorsqu'on tarde à la pratiquer, l'articulation se tuméfie, devient douloureuse, et l'on est obligé d'attendre pour réduire; mais alors il peut se faire que des adhérences contre nature contractées entre l'extrémité de l'os déplacé et une partie de l'articulation, rendent cette opération impraticable, et le blessé reste estropié. La complication de la luxation, avec de grandes plaies contuses surtout, est fâcheuse, parce que la gangrène et des convulsions sont souvent la suite des efforts tentés pour opérer la réduction, et que les blessés périssent de langueur, si on ne cherche pas à réduire, ou si on n'ampute pas le membre dans l'article.

Blessures des articulations. La contusion des cartilages articulaires et des ligamens, à moins d'être lé-

gère, occasione souvent l'inflammation de l'articulation, la suppuration, la carie, et par la suite le déplacement des os. Si la percussion a été violente, on a à craindre en outre des mouvemens convulsifs et le sphacèle. Les *plaies* pénétrantes des articulations sont dangereuses, par l'écoulement de la synovie qui peut les rendre fistuleuses, par les vives douleurs et l'inflammation qui sont la suite de l'entrée de l'air dans l'articulation, et par l'ankylose qui les termine souvent dans les cas les plus heureux; cette dernière maladie est le résultat de l'immobilité dans laquelle on a été obligé de tenir le membre pendant long-temps, et des adhérences qui se sont établies entre les différentes parties des membranes synoviales.

QUARANTE-TROISIÈME LEÇON.

§ II.

Des blessures considérées sous le rapport des diverses circonstances qui influent sur leur durée et sur leurs suites.

Nous avons déjà fait entrevoir, en examinant la législation actuelle sur les blessures, et en exposant d'une manière générale la marche à suivre pour apprécier leurs dangers, que sous l'empire de certaines conditions, la durée de ces lésions pouvait se prolonger au delà du terme qui suffit ordinairement pour les guérir, et que leurs suites pouvaient être beaucoup blus fâcheuses, ou, ce qui revient au même, que les effets des blessures n'étaient pas toujours en rapport

avec la cause qui les avait produites. L'exposition de ces conditions fera l'objet de ce paragraphe, et il importe d'autant plus de considérer attentivement tout ce qui s'y rapporte, que l'auteur d'une violence extérieure ne peut pas être responsable d'une foule d'effets indépendans de cette violence, qui tiennent à des circonstances accidentelles.

Ploucquet et Mahon ont rangé les circonstances susceptibles d'aggraver les effets des blessures en deux sections: 1° circonstances manifestes ou occultes existant avant le moment où la violence a été exercée; 2° circonstances survenant après l'époque où les blessures ont été faites.

Première section. — *Circonstances* manifestes ou occultes, *existant avant le moment où la violence a été exercée.* Les circonstances manifestes sont relatives à l'âge, au sexe, etc. Un coup léger pourra déterminer chez un vieillard ou chez un enfant débile des accidens qu'il n'aurait point produits chez un adulte d'une constitution robuste et bien portant. L'avortement, une hémorrhagie utérine abondante, et d'autres accidens fâcheux peuvent être la suite d'une contusion légère de l'abdomen, ou d'une chute provoquée par un coup, si la femme était enceinte de plusieurs mois, tandis que la même violence aurait à peine occasioné quelque dérangement si la femme eût été dans une condition opposée. Le renversement d'une personne qui ne se soutient qu'à l'aide de béquilles, à cause de la perte d'un membre ou d'une maladie articulaire, peut être déterminé par un coup léger, et donner lieu à des fractures plus ou moins compliquées. La contu-

sion de certaines tumeurs à la tête, à la face, au cou, etc., est quelquefois suivie d'accidens fâcheux qui ne se seraient point manifestés sous l'influence de la même violence, sans l'existence de pareilles tumeurs. Or, dans aucun de ces cas, l'agresseur ne saurait prétexter l'ignorance de l'état dans lequel se trouvait le blessé, et il serait injuste de ne pas lui faire subir les conséquences nécessaires de la blessure.

Les circonstances *occultes* sont relatives à la disposition organique du blessé. Une personne douée d'un tempérament nerveux, en proie à des affections convulsives, peut éprouver, à la suite d'une piqûre légère, un tétanos dangereux ou d'autres accidens nerveux dont le moindre inconvénient sera la prolongation de la maladie, parce qu'on aura été forcé de débrider la plaie et d'empêcher une prompte cicatrisation. — Une contusion médiocre détermine quelquefois chez un individu éminemment pléthorique une inflammation intense qui se termine par gangrène, malgré l'usage des antiphlogistiques les plus énergiques : la contusion aurait été guérie dans l'espace de quelques jours sans la disposition dont nous parlons, tandis que la plaie gangréneuse se prolonge au delà de plusieurs semaines. — Avec quelle lenteur ne verra-t-on pas marcher la cicatrisation d'un ulcère chronique produit par une légère percussion chez une personne faible, cachectique, ou dans un état scorbutique : un individu bien portant aurait à peine été retenu chez lui pendant quelques jours, à la suite d'une pareille contusion. — Ne voit-on pas des ulcères variqueux difficilement curables succéder à des plaies, à des contusions lé-

gères, par cela seul que le plaignant avait des varices aux jambes : faudra-t-il, dans ce cas, rendre l'agresseur responsable du retard qu'éprouve la guérison, et qui dépend entièrement d'une disposition organique qu'il était censé devoir ignorer? Nous pourrions en dire autant de ces suppurations abondantes compliquées d'une éruption pustuleuse, qui surviennent quelquefois à la suite d'une légère violence, chez des personnes disposées aux affections dartreuses, aux phlegmasies aiguës ou chroniques de la peau, ou affectées d'une syphilis constitutionnelle. Il existe encore d'autres circonstances relatives à la constitution du blessé, qui, pour être moins accessibles à nos sens, n'en sont pas moins réelles; on observe journellement dans les blessures en apparence les plus légères, la fièvre, des vomissemens et d'autres accidens dont l'effet constant est de prolonger la durée de la lésion, lorsqu'ils n'exposent pas les jours du blessé : dans beaucoup de cas, l'état moral de l'individu, au moment où il a été atteint et pendant la maladie, rend raison de ces épiphénomènes, puisqu'on a des exemples de morts subites déterminées par la joie, le chagrin, une grande frayeur, etc.; mais quelquefois l'homme de l'art serait fort embarrassé de rapporter les symptômes dont nous parlons à leur véritable cause. — Plusieurs vices de conformation occultes, et notamment celui qui consiste dans la transposition de quelques viscères; certaines maladies organiques, dont l'agresseur pouvait ne pas avoir connaissance, comme des anévrysmes, des hernies, etc., peuvent rendre fâcheuses des blessures dont la terminaison heureuse serait arrivée au

bout de quelques jours chez des individus placés dans des conditions opposées.

Une blessure peut donc se prolonger pendant un temps considérabe, dit M. Chaussier, par suite des dispositions organiques que le blessé porte en lui; et, toutes les fois qu'on est appelé à juger des suites d'une lésion pour cause interne, il faut faire la part de ce qui tient à la blessure d'une manière absolue, et de ce qui tient à la constitution particulière du blessé : le plus souvent sans doute, le médecin pourra être éclairé en étudiant la constitution du blessé; mais d'abord cela suppose déjà que ce médecin est habile, et trop souvent les magistrats sont peu judicieux dans le choix qu'ils font des hommes de l'art auxquels ils demandent des rapports : en second lieu, il faudrait que le blessé voulût bien se prêter à l'examen qu'on fait de sa constitution propre, qu'il répondît avec franchise aux questions qui lui sont faites sur sa vie passée; et trop souvent, par sentiment de vengeance contre l'auteur de sa blessure, il dissimule tout ce qui peut venir de son fait pour charger davantage son adversaire; en troisième lieu, le plus souvent les débats de ce genre s'agitent après que le blessé est guéri, et lorsqu'on n'a plus sous les yeux qu'un rapport écrit, et qui presque toujours est imparfait; enfin, il faut convenir que quelquefois rien n'annonce à l'extérieur, dans un blessé, le germe de la maladie qui va se développer en lui, et qu'on sera disposé à attribuer à la blessure, parce qu'elle coïncide avec elle. Et, en effet, les maladies ne surviennent-elles pas souvent au milieu de

la santé la plus parfaite en apparence? Lorsque, par exemple, un érysipèle ou une éruption cutanée quelconque éclate, n'est-ce pas souvent au milieu de la plus parfaite santé, et lorque rien n'annonçait dans l'économie le besoin de la dépuration qui va se faire? Qui peut dès lors assurer qu'un blessé dont la guérison se fait attendre plus qu'on ne pouvait raisonnablement supposer, ne se trouve pas dans cette disposition secrète? (*Huard*, Dissertation inaugurale, juillet 1819, pag. 21.)

Mais tout en admettant qu'il y aurait de l'injustice à attribuer à l'agresseur toutes les conséquences de la rupture d'un anévrysme, de la lésion des viscères importans contenus dans les sacs herniaires, ou dans des régions du corps où ils ne se trouvent pas ordinairement, de la contusion du crâne ou de la commotion du cerveau lorsqu'il y a amincissement considérable des parois osseuses, il faut également admettre qu'il ne serait pas juste de l'excuser sous prétexte qu'il était censé ignorer l'existence de l'anévrysme, de la hernie, de la transposition des organes et de la disposition des os du crâne. N'est-il pas constant, en effet, que la violence extérieure qui a produit des désordres aussi graves en raison de circonstances particulières, aurait également pu être suivie d'accidens fâcheux sans le concours de ces circonstances? Il importe donc d'examiner attentivement les effets qui seraient résultés inévitablement de l'action de l'instrument vulnérant, si l'individu n'eût pas été placé dans des conditions insolites, établir la comparaison entre ces effets et ceux

qui se sont manifestés, et laisser aux magistrats le soin de tirer de cette connaissance le parti qu'ils jugeront convenable.

2e *Section. Circonstances susceptibles d'aggraver les blessures survenant après l'époque où celles-ci ont été faites.* A. Le climat, la saison, l'état général de l'atmosphère, le lieu qu'habite le malade, exercent sur la durée des blessures une influence plus ou moins marquée. Cette observation avait déjà été faite par le célèbre Paré, qui s'exprime en ces termes : « De fait, qu'il n'y a si petit chirurgien qui ne sçache, qu'estant l'air chaud et humide, facilement les playes dégénèrent en gangrène et pourriture. Et quant à l'expérience, ie luy bailleray bien familière : c'est qu'en temps chaud et humide, et lorsque le vent Austral souffle, les viandes pourrissent en moins de deux heures, tant soient-elles fraisches, de façon que les bouchers en ce temps-là, ne tuent leurs bestes qu'à mesure qu'ils les vendent. Aussi n'y a-t-il doute aucune, que les corps humains ne tombent en affection contre nature quand les saisons peruertissent leurs qualitez par la mauuaise disposition de l'air, dont on a veu certaines années que les navrez estoient très-difficiles à guarir, et souuent mouroient de fort petites playes ; quelque diligence que les médecins et chirurgiens y peussent faire. Ce que i'ay bien remarqué au siége qui fut mis devant Rouen. Car le vice de l'air altérait et corrompait tellement le sang et les humeurs, par l'inspiration et transpiration, que les playes en estoient rendues si pourries et puantes, qu'il en sortoit une féteur cadauéreuse. Et si d'aduanture on passoit vn iour sans les penser, on y trouuoit

le lendemain grande quantité de vers, auec vne puanteur merueilleuse, dont se leuoient vapeurs putrides, qui, par leur communication avec le cœur, causoient fièvre continue, avec le foye empeschoient la bonne génération de sang, et auec le cerueau, produisoient aliénation d'esprit, resuerie, conuulsions, vomissemens, et par conséquent la mort. » (A. Paré, livre XI, chap. XV, pag. 284.)

On lit encore dans le même ouvrage, qu'au temps de la bataille de Saint-Denis, et au siége de Rouen, pour l'indisposition et malignité de l'air, ou pour la cacochymie des corps et perturbation des humeurs, presque toutes les plaies, surtout celles faites par armes à feu, étaient mortelles : ainsi, en considérant la *constitution actuelle, nous pouuions présumer que les hommes blessés étaient en danger de mort.*

Nul doute qu'il ne faille admettre qu'une blessure sera aggravée, et que sa durée sera beaucoup plus considérable si le malade est placé dans une atmosphère spéciale corrompue par la gangrène d'hôpital, par le typhus, etc., et qu'il contracte ces maladies. Il est également incontestable que lorsque la lésion aura été faite pendant qu'il règne une constitution épidémique bien connue, ou à une époque de l'année qui prédispose aux affections bilieuses, elle pourra se compliquer d'un certain nombre d'accidens propres à en prolonger la durée. Mais avouons qu'il serait bien difficile, dans toute autre circonstance, d'apprécier au juste l'influence que le climat, la saison et l'état général de l'atmosphère exercent sur la blessure, et de séparer les effets dépendans de celle-ci, de ceux

qui peuvent tenir aux circonstances dont nous parlons.

B. Le *traitement* opposé à la blessure mérite la plus grande attention; en effet, il est une foule de lésions dont la guérison ne se fait attendre pendant plusieurs jours, que parce qu'on n'a pas employé le traitement le plus convenable : nous citerons pour exemple une plaie par instrument tranchant, qui n'intéresse que la peau; la réunion par première intention tarderait à peine quelques jours à être suivie de la guérison, tandis qu'il faudra plusieurs semaines pour obtenir ce résultat, si, au lieu de rapprocher les bords, on la laisse suppurer, surtout si elle offre une certaine étendue. Dans d'autres circonstances, il ne s'agit pas simplement de ne pas avoir choisi la meilleure méthode de traitement, il y a impéritie de la part de l'homme de l'art qui a eu recours à des moyens intempestifs et dangereux : ainsi un caillot salutaire vient boucher l'ouverture d'un vaisseau sanguin par laquelle s'était déjà écoulée une assez grande quantité de sang; le chirurgien imprévoyant détache ce caillot, soit en incisant la plaie, soit en la sondant, et il est même hors d'état d'arrêter l'hémorrhagie qui se manifeste, et qui termine les jours du malade. Plus loin, c'est un homme dont le fémur a été cassé, et dont la fracture n'a été ni convenablement réduite, ni maintenue, en sorte que le blessé est obligé de garder le lit pendant fort long-temps, et qu'il reste même estropié. Le vice du traitement dans ces différens cas, est tellement saillant, qu'il y aurait de l'injustice à rendre l'agresseur passible du retard qu'a éprouvé la gué-

rison, et dont le chirurgien seul doit être responsable.

C. *La conduite du malade et des assistans* ne saurait être examinée avec trop de soin. Dans un cas, le succès de la guérison dépend du repos et du silence le plus absolus; dans un autre, il serait assuré si le blessé voulait supporter en temps opportun les débridemens nécessaires pour extraire un ou plusieurs corps étrangers; ailleurs il importe de suivre un régime sévère, d'éviter les travaux de l'esprit, les excès de table, et surtout des boissons alcoholiques; d'éloigner toute cause susceptible d'affecter vivement : on sait, par exemple, que des affections nerveuses plus ou moins graves, et même la mort peuvent être la suite du saisissement, de la frayeur ou de l'indignation qu'a éprouvés le blessé. Et si par hasard celui-ci ne veut se soumettre à aucun des préceptes dictés par la prudence et le savoir, il est évident qu'il faut attribuer à l'inobservance des règles de l'hygiène le retard qu'a éprouvé la guérison.

L'appréciation du traitement qui a été opposé à la blessure, dit M. Chaussier, est donc très-importante; il faut, pour la faire équitablement, rassembler un assez grand nombre de données. Il faudrait en quelque sorte qu'on eût pu visiter le blessé chaque jour, et à des heures imprévues, de manière à ce qu'on ne pût rien ignorer de sa conduite. C'est ainsi que cette indication seule du temps qu'a mis une blessure quelconque à guérir, lorsque cette indication est matière à procès criminel, devient un problème assez délicat à résoudre. (*Huard*, ouvr. cité, p. 26.)

D. *Les tentatives faites dans le dessein d'aggraver*

les blessures. On a vu des blessés appliquer de l'acide nitrique, des cantharides et d'autres caustiques sur des plaies, pour en prolonger la durée, afin d'obtenir des dommages et intérêts plus considérables, ou de faire condamner l'agresseur à une peine infamante. Il est des cas où la fraude peut être reconnue par l'inspection de la plaie; par exemple, quand on s'est servi d'acide nitrique : car alors toute la surface présente une couleur jaune particulière, et le pourtour est rempli de pustules érysipélateuses; dans d'autres circonstances, tous les efforts sont infructueux pour découvrir l'existence matérielle du caustique, et l'on ne peut espérer de résoudre la question qu'en surprenant le blessé et en le visitant à plusieurs reprises et lorsqu'il s'y attend le moins.

Nous devons, en terminant ces réflexions, jeter un coup d'œil sur une question importante qui s'y rattache naturellement : la voici. Rendra-t-on l'agresseur responsable de tous les accidens graves, et même de la mort qui est la suite d'une blessure, si tout porte à croire que les effets de la violence extérieure n'ont été aussi funestes que par le défaut absolu de secours, ou, en d'autres termes, lorsqu'un individu n'aura pas été trépané après avoir reçu un coup sur la tête, et que cette opération pouvait l'empêcher de périr, ou lorsque après la blessure d'un gros tronc artériel, on n'aura point pratiqué les ligatures qui pouvaient être salutaires, ou lorsque enfin on n'aura pas fait l'extraction d'un corps étranger qui aurait peut-être été suivie du plus grand succès, regardera-t-on l'agresseur comme passible de tous les désordres qui sont

survenus, voire même de la mort? La solution d'une pareille question ne saurait être donnée d'une manière générale; cependant, on peut dire que l'auteur de la violence est responsable, dans la *plupart des cas*, des effets de la blessure. D'abord il est difficile, pour ne pas dire impossible, de prouver que les opérations dont nous venons de faire mention, pratiquées à temps et avec méthode, auraient été suivies de la guérison; nous nous bornerons à citer à l'appui de cette assertion la ligature d'un tronc artériel considérable, de l'artère crurale, par exemple : ne voit-on pas tous les jours périr entre les mains des plus habiles chirurgiens des individus auxquels on a fait subir une pareille opération dans le dessein de guérir un anévrysme ou d'arrêter un hémorrhagie? Mais, en supposant qu'il n'en fût pas ainsi, et que l'entreprise dût toujours être couronnée de succès, on ne pourra point nier au moins, que, dans beaucoup de circonstances, la réussite dépendra de la promptitude avec laquelle on opérera : or on ne peut pas supposer que le blessé soit constamment accompagné d'un homme de l'art capable de lui donner les secours convenables. D'ailleurs, quand même cela serait, ne sait-on pas qu'il est des cas où le chirurgien le plus instruit n'ose pas entreprendre ces sortes d'opérations, parce que le diagnostic ne lui paraît pas suffisamment établi, parce qu'il espère pouvoir en éviter les suites fâcheuses, ou qu'il est persuadé qu'il n'en retirera aucun avantage.

L'agresseur peut, au contraire, être déchargé d'une partie de la responsabilité, s'il est prouvé que le défaut absolu de secours est le résultat de l'impéritie

ou d'une pusillanimité coupable du chirurgien ; si, par exemple, loin de se conformer aux préceptes de l'art les plus généralement adoptés, on a évité des débridemens nécessaires, des amputations utiles, opérations que l'expérience démontre avoir été suivies du plus grand succès dans des cas semblables. Il en sera de même si l'on peut établir que ces moyens salutaires ayant été proposés à temps par l'homme de l'art, il y a eu refus formel de la part du malade ou des assistans, qui n'ont permis de les mettre en pratique que lorsqu'ils devaient être infructueux.

QUARANTE-QUATRIÈME LEÇON.

Article IV.

Des signes propres à déterminer si les blessures ont été faites pendant la vie.

Lorsqu'on est appelé pour faire l'ouverture d'un cadavre sur lequel on remarque des traces de blessures, il importe de déterminer si celles-ci ont été faites avant ou après la mort : cette distinction n'est pas toujours facile à établir.

Voici les résultats d'un certain nombre d'expériences propres à éclairer ce sujet :

Plaies par instrument tranchant. — Expérience première. On a pratiqué derrière l'épaule d'un chien une incision profonde, de dix-huit à vingt lignes de long : vingt minutes après l'animal a été tué. *Examen de la plaie,* vingt-quatre heures après la mort. Rétraction marquée des bords, qui sont éloignés l'un de l'autre de

huit lignes dans la partie moyenne de la plaie ; celle-ci est recouverte par un caillot de sang inégalement épais, adhérent à l'un des bords, qui sont à peine gonflés, et sur lesquels on aperçoit plusieurs petits caillots de sang desséché ; le tissu cellulaire sous-cutané est légèrement infiltré de sang noir, en partie coagulé ; on trouve de semblables caillots entre les bords des muscles sous-cutanés qui ont été divisés ; du reste la rétraction de ces bords ne paraît pas plus considérable que celle des bords de la peau.

Expérience deuxième. Une incision semblable a été faite sur la même partie d'un chien mort depuis vingt minutes. Au bout de vingt-quatre heures, on observe que la rétraction et le gonflement sont à peu près comme dans le cas précédent ; qu'il y a çà et là des *traces* de caillots de sang desséché sur un des bords ; que le tissu cellulaire sous-cutané est légèrement infiltré de sang en partie coagulé ; mais on n'aperçoit pas, comme dans l'expérience faite sur le chien vivant, que la plaie soit recouverte par un large caillot.

Expérience troisième. Des incisions semblables, faites six, huit ou dix heures après la mort, ne donnent lieu à aucun épanchement sanguin ; les bords sont pâles, sans caillots ; toutefois leur rétraction est aussi marquée que dans les expériences précédentes.

Piqûres. — Expérience quatrième. On a enfoncé dans le dos d'un chien la pointe d'un scalpel ; l'animal a été tué vingt minutes après. La piqûre, examinée le lendemain, présentait quatre lignes de long ; elle était fermée par un caillot de sang desséché que l'on enlevait facilement en écartant les lèvres de la plaie ; le

tissu cellulaire sous-cutané était infiltré de sang noirâtre en partie coagulé; on remarquait une pareille infiltration, mais beaucoup plus légère, dans le tissu cellulaire sous-aponévrotique et dans les muscles.

Expérience cinquième. On a piqué, de la même manière, le dos d'un chien vingt minutes après la mort, la plaie offrait les mêmes dimensions que la précédente; ses bords étaient libres et sans caillots; le tissu cellulaire sous-cutané était légèrement infiltré de sang en partie coagulé.

Contusions. Expérience sixième. On a appliqué un violent coup de bâton à la cuisse d'un chien vivant, que l'on a tué vingt minutes après : à l'ouverture du cadavre, faite le lendemain, on a vu que le tissu cellulaire sous-cutané, correspondant à la partie frappée, était infiltré de sang dans l'étendue de deux pouces et demi environ; la largeur de cette ecchymose était d'un demi-pouce, comme celle du bâton; le derme ne paraissait pas altéré; le tissu cellulaire intermusculaire était légèrement infiltré de sang, en partie coagulé, jusque dans les faisceaux musculeux les plus profonds.

Expérience septième. La cuisse d'un chien mort depuis vingt minutes, ayant été frappée de plusieurs coups du même bâton, n'a présenté aucune infiltration de sang, quoique le fémur eût été cassé en plusieurs fragmens.

Plaies d'armes à feu. — Expérience huitième. On a tiré à bout portant un coup de pistolet sur la partie latérale droite du thorax d'un chien; voyant que l'animal n'était pas mort au bout de vingt minutes, on l'a tué en lui enfonçant un stylet dans la moelle épinière.

Examen du cadavre, au bout de vingt-quatre heures. La peau est nettement perforée par la balle, comme si elle avait été enlevée avec un emporte-pièce ; les poils sont renversés dans la plaie, dont l'ouverture est en partie fermée par un caillot ; la peau des environs est sèche, noire et amincie ; on trouve à peine du sang épanché entre la peau et le muscle peaucier ; le tissu cellulaire sous-cutané est légèrement infiltré de sang en partie caillé : les muscles sont perforés comme avec un emporte-pièce dans une étendue semblable à celle du diamètre de la balle ; tout autour de l'ouverture musculaire, on voit une croûte noire formée par du sang coagulé ; du reste il y a à peine du sang infiltré dans le tissu de ces muscles ; le tissu cellulaire qui sépare les diverses couches des muscles correspondans à la partie lésée est le siége d'une infiltration sanguine ; le côté droit de la poitrine contient une grande quantité de sang épanché et coagulé. Le poumon est percé à la partie postérieure de son lobe inférieur ; les bords de cette ouverture sont gonflés, et l'on voit çà et là des caillots de sang noirâtre. La cavité gauche de la poitrine renferme du sang fluide et coagulé. L'ouverture de sortie de la balle est un peu au-dessous du sommet du cœur ; elle offre à peu près les mêmes dimensions que celle par laquelle la balle a pénétré dans le thorax, mais les poils ne sont pas renversés en dedans : les muscles sous-jacens et le tissu cellulaire qui les sépare sont infiltrés de sang ; l'infiltration sanguine du tissu cellulaire sous-cutané à beaucoup plus d'étendue que dans l'autre ouverture.

Expérience neuvième. On a tiré à bout portant un

coup de pistolet sur la partie latérale droite d'un chien mort depuis vingt minutes. *Examen du cadavre*, vingt-quatre heures après. La plaie et les parties environnantes sont noires; les poils sont brûlés; l'ouverture de la peau, de la largeur de la balle, est fermée par l'épiderme; la peau est dure et raccornie comme du cuir, dans une étendue égale à celle d'une pièce de 2 francs; le tissu cellulaire sous-cutané est infiltré de sang coagulé; le muscle grand dorsal est perforé comme dans la plaie précédente; le tissu cellulaire qui sépare les muscles sous-jacens est également le siége d'une légère infiltration; il y a du sang épanché dans le côté droit de la poitrine. Le ventricule gauche du cœur est ouvert et déchiré : les bords de la déchirure sont durs, comme racornis; il n'y a pas d'ouverture de sortie.

Expérience dixième. On a recommencé l'expérience précédente sur un chien mort depuis six heures : la plaie était légèrement noirâtre à la circonférence; les poils étaient renversés en dedans; il n'y avait aucune trace d'infiltration sanguine. La balle, après avoir traversé le foie, s'est arrêtée dans le tissu cellulaire sous-cutané du côté opposé qui n'était pas non plus infiltré : il y avait du sang épanché dans le tissu du foie.

Il résulte de ces expériences et de plusieurs autres que nous ne croyons pas devoir rapporter, 1° qu'il est impossible de confondre les blessures faites peu de temps avant la mort, avec celles qui ont été faites plusieurs heures après, parce que dans ces dernières, les lèvres de la division dont la rétraction peut être assez considérable, sont pâles, sans gonflement et sans aucune trace de caillot adhérent à leur surface; d'ailleurs il n'y

a point d'infiltration sanguine dans les aréoles du tissu cellulaire environnant, à moins que l'instrument vulnérant n'ait atteint un tronc veineux considérable; 2° qu'il est quelquefois difficile de distinguer si les blessures ont été faites peu de temps avant ou après la mort, parce que dans l'un et l'autre cas il pourra y avoir du sang infiltré dans le tissu cellulaire environnant, que les bords des plaies pourront offrir des caillots de sang plus ou moins adhérens, que leur gonflement et leur rétraction seront à peu près les mêmes : à la vérité, on remarque, dans beaucoup de circonstances, que les caillots sont plus nombreux, plus volumineux et plus adhérens aux bords, et que l'infiltration sanguine est plus considérable, lorsque la blessure a été faite peu de temps avant la mort, que dans l'autre cas; 3° qu'il est facile de distinguer les violences exercées sur des cadavres, des blessures faites plusieurs jours avan tla mort : il suffit, pour cela, de connaître la marche que suit la nature dans la cicatrisation des plaies et dans la guérison des contusions; nous croyons pouvoir nous dispenser de rappeler les divers caractères que présentent alors les parties lésées.

Brûlures. Nous en avons parlé à l'occasion de l'infanticide.

Article v.

Des signes qui peuvent faire distinguer si les blessures sont le résultat d'un accident, d'un meurtre ou du suicide.

Les magistrats parviennent souvent à résoudre ce problème sans le secours de l'homme de l'art; ils ba-

sent leur jugement sur l'état des lieux où le cadavre a été trouvé, sur la situation du corps, sur la position de ses membres, sur le désordre des vêtemens, sur les objets qui entourent le cadavre, sur la quantité de sang répandu à terre et sur les vêtemens, sur la présence d'un instrument vulnérant dans le voisinage du blessé, sur son état de démence, sur les haines et les inimitiés, et particulièrement sur la déposition des témoins. Toutefois il serait difficile que les ministres de la justice parvinssent à décider la question dans un très-grand nombre de cas, s'ils n'étaient éclairés par les rapports des médecins. Il faut donc étudier attentivement les circonstances qui doivent servir de base à ces rapports.

1° On examinera si le corps présente des signes de violence. S'il est vrai qu'une personne peut être assassinée sans avoir opposé la moindre défense, parce qu'elle était endormie, qu'elle a été prise au dépourvu, ou qu'elle a été assaillie par plusieurs assassins, il est incontestable que dans tout autre cas elle aura pu se débattre pour chercher à éviter le coup, et la lutte qui aura précédé l'assassinat pourra être marquée par des meurtrissures sur différentes parties du corps, par des signes d'étranglement avec les mains ou avec un lien quelconque, par le dérangement de la coiffure, l'arrachement des cheveux, etc. L'homme de l'art déterminera d'abord si les violences dont il s'agit ont été faites pendant la vie ou après la mort, puis il cherchera à reconnaître si elles ne seraient pas le résultat naturel de la chute de l'individu, du haut d'un rocher, etc. (*Voyez* page 718.)

2° On notera la situation de la blessure, sa nature, sa profondeur et sa direction. *Situation.* Il est assez ordinaire de voir les personnes qui veulent se suicider porter l'instrument piquant ou tranchant dont elles font usage vers la partie antérieure ou latérale du tronc, tandis que pour les armes à feu elles choisissent assez souvent la bouche, le dessous du menton, le conduit auditif, l'orbite, le front, les parties latérales ou antérieure du thorax : rarement le suicide dirige l'instrument meurtrier vers la partie postérieure du corps. Les auteurs de médecine légale établissent en parlant de la situation des blessures, qu'il est certaines régions de cette partie que ne saurait atteindre l'homme qui veut se tuer, et que l'existence de plaies dans ces régions atteste l'homicide. « On ne peut considérer en général, dit M. Fodéré, comme un effet du suicide des blessures placées sur la face postérieure ou latérale de la tête et du tronc, et sur les membres. » (Médecine légale, tom. 3, pag. 186, édition de 1813.) Cette assertion ne nous paraît pas exacte, car il n'est aucune de ces parties que l'on ne puisse atteindre soi-même avec l'une ou avec l'autre main, et à plus forte raison lorsque celle-ci est armée d'un instrument vulnérant : ce que l'on aurait pu dire, c'est que la situation et la *direction* de certaines blessures de la partie postérieure du tronc sont quelquefois telles, qu'il est impossible qu'elles soient l'œuvre du suicide ; en effet, ici tout dépend de la direction de la plaie ; qu'on la suppose différente de ce qu'elle est et l'on verra qu'elle peut bien avoir été faite par la personne qui a voulu se suicider. On sentira donc facilement

l'importance dans des cas de ce genre, de remettre l'instrument vulnérant successivement dans les deux mains du cadavre, de l'amener jusqu'à la plaie afin de juger s'il y a eu suicide ou homicide. *Nature de la blessure.* L'expérience prouve que la plupart des individus qui veulent attenter à leurs jours par le moyen des blessures, emploient les armes à feu, ou les instrumens tranchans et piquans, soit pour pénétrer dans les cavités thorachique et abdominale, soit pour ouvrir des vaisseaux sanguins considérables, parce qu'ils regardent ces lésions comme devant amener nécessairement une mort prompte ; ils se gardent bien de faire usage d'instrumens contondans, dont l'effet ne leur paraît ni assez prompt ni assez sûr. La *profondeur* de la blessure peut dans des circonstances, à la vérité fort rares, faire soupçonner l'homicide plutôt que le suicide, parce qu'il est permis de supposer d'après la *situation* et la *direction* de certaines plaies, qu'elles n'auraient pas pu être aussi profondes s'il n'y avait pas eu assassinat. *Direction des blessures.* On observe assez généralement dans le suicide, que les plaies faites par un instrument piquant sont dirigées obliquement de droite à gauche, et de haut en bas, tandis que celles qui sont produites par un instrument tranchant se dirigent ordinairement de gauche à droite, transversalement ou obliquement, de haut en bas ou de bas en haut : toutefois on remarque à cet égard une foule de variétés provenant de la longueur de l'instrument et de la manière dont il est tenu. La direction serait nécessairement l'inverse de celle que nous venons de décrire, si l'individu qui veut se suicider était gaucher.

Le premier devoir de l'homme de l'art dans des questions de ce genre, est de comparer la forme de la plaie à l'instrument que l'on présume avoir été employé : après en avoir armé la main du cadavre et avoir amené le bras vis-à-vis de la blessure ; il déterminera si l'espace qu'il a parcouru dans une direction donnée, est en rapport avec la longueur du bras et avec la direction que la main a dû suivre pour porter le coup ; s'il n'en est pas ainsi, il remettra l'arme meurtrière dans l'autre main.

3° On aura égard au nombre des blessures. Il est assez ordinaire de n'observer sur les cadavres des suicidés qu'une seule blessure, celle qui a déterminé la mort. Il arrive cependant quelquefois le contraire : la personne qui veut mettre un terme à son existence commence par porter atteinte à des parties dont la lésion est mortelle, ou qui, d'après un préjugé vulgaire, passe pour telle ; néanmoins elle ne périt point : alors elle a recours à des moyens infaillibles, et succombe. Nul doute que dans le cas d'homicide il ne puisse y avoir aussi, outre la blessure qui a occasioné la mort, des lésions de quelques autres parties du corps ; mais ces lésions peuvent très-bien ne pas occuper les régions du corps dont les blessures sont mortelles, ou passent pour l'être.

Les auteurs de Médecine légale regardent comme une preuve d'homicide l'existence de deux, trois ou quatre blessures mortelles, parce qu'il est impossible d'admettre que le suicide ait la force de se blesser mortellement, lorsqu'il s'est déjà fait une blessure mortelle. Cette assertion énoncée d'une manière aussi

vague peut donner lieu à de funestes erreurs : sans doute, il y a impossibilité de se porter deux coups mortels, si l'on périt *immédiatement* après l'action du premier; mais si la première blessure, quelque grave qu'on la suppose, ne détermine la mort qu'au bout d'une, de deux ou d'un plus grand nombre de minutes, le blessé peut attenter de nouveau à ses jours et léser un organe dont la blessure soit également mortelle. L'exemple suivant mettra cette vérité hors de doute. Il y a à peine quelques mois que M. G***, habitant de Rouen, fut trouvé mort dans sa chambre, où l'on voyait deux pistolets, l'un auprès du cadavre, et l'autre dans le lit qui en était à peu près éloigné de six pas. L'enquête faite à l'instant-même prouva d'une manière évidente que ce malheureux jeune homme s'était porté un premier coup de pistolet dans son lit, et que la blessure qui avait été faite à la partie gauche de la poitrine, avait brisé deux côtes, l'une en avant, l'autre en arrière; le poumon avait été perforé par la balle, dans sa partie moyenne, près des veines pulmonaires : une quantité considérable de sang était épanchée dans le thorax. Malgré l'existence d'une blessure aussi grave, M. G*** se leva pour aller chercher un autre pistolet dans une armoire, et se porta un second coup au front; la balle pénétra dans le ventricule latéral gauche du cerveau, et s'arrêta sur l'os occipital : le blessé mourut sur-le-champ. Les hommes de l'art et les ministres de la justice furent tellement convaincus qu'il y avait eu suicide, qu'on n'eut point l'idée de faire la moindre poursuite. (Observation communiquée par le docteur Vingtrinier, médecin à Rouen.)

Admettrons-nous, avec M. Fodéré, « que celui qui s'est tué dans son désespoir, conserve encore quelque temps après l'attitude convulsive que ses membres avaient prise pour le seconder dans son entreprise. Pareils à ces guerriers dont nous parle le Tasse et l'Arioste, qui épouvantaient encore après avoir expiré, le suicide a l'œil hagard, les muscles du visage tendus, les sourcils froncés; et cette physionomie lui reste jusqu'à ce que se soient entièrement retirés les derniers rayons de chaleur vitale. Celui-là, au contraire, qui est victime d'un assassinat, porte sur la physionomie, à moins qu'il ne se soit défendu, l'empreinte de l'épouvante, la pâleur de la mort, le relâchement parfait. » (Tome 3, page 187, ouvrage cité.) Il suffit d'avoir examiné quelques cadavres d'individus morts à la suite de blessures, pour apprécier de pareils caractères à leur juste valeur.

Il peut arriver que l'agresseur cherche à s'excuser en disant que la gravité de la blessure ne saurait lui être imputée, parce que le blessé s'est précipité lui-même sur l'arme. Ici le médecin aurait à comparer la stature respective des deux individus, et à déterminer si la direction de la blessure correspond à celle qu'elle aurait eue, si les choses s'étaient passées comme l'indique l'assassin soupçonné.

La question qui nous occupe doit encore être considérée sous un point de vue fort important : le voici. On trouve un cadavre au fond d'un puits, d'une rivière, au pied d'un rocher, d'une montagne, d'un endroit escarpé, au bas d'un précipice; il s'agit de reconnaître *si l'individu était vivant ou mort au moment de la chute*,

et s'il était vivant, de déterminer *s'il s'est jeté volontairement de haut en bas, ou s'il a été poussé.*

On pourra supposer qu'une personne était morte au moment de la chute, si on découvre des traces non équivoques d'étranglement, de plaies régulières faites par des instrumens tranchans ou piquans, ou par des armes à feu, et si l'on peut établir que ces blessures existaient avant la mort. (*Voyez* page 707.) Ici tout annonce que la personne a été assassinée, et que pour faire prendre le change, le meurtrier a jeté le cadavre de haut en bas; sans doute que le corps mort pourra offrir des déchirures et d'autres blessures qui seront le résultat des inégalités, des saillies, des pointes contre lesquelles il aura pu heurter pendant la chute, ou de l'écrasement opéré par les pierres qui auront roulé en même temps que lui; mais ces blessures irrégulières comme les corps qui les ont produites, ne présenteront aucun des caractères que l'on remarque dans celles qui ont été faites avant la mort.

Si la personne a été assassinée par l'un des moyens énoncés, et que la blessure n'ait pas été mortelle sur-le-champ, il pourrait se faire que l'individu fût encore vivant au moment où il a été précipité : dans ce cas on trouverait, outre les marques d'une lésion régulière faite par une corde, les mains, un sabre, un poignard, un pistolet, etc., des contusions, des déchirures, des fractures, des blessures irrégulières et très-étendues, dont quelques-unes auraient été faites pendant la vie et d'autres après la mort, et qui seraient le résultat du choc du corps sur les inégalités du sol, sur des branches d'arbres rompues, sur des racines, etc.

Si l'assassinat n'a point précédé la chute, et que l'individu fût vivant au moment où il a commencé à tomber, toutes les blessures pourront présenter le caractère des lésions faites avant la mort ; nous disons *pourront* présenter, parce qu'il est possible, en effet, si l'individu périt au milieu de sa chute, qu'il y ait également des lésions, faites après la mort, qui n'offrent point ces caractères. L'irrégularité, l'étendue, la forme, le nombre des blessures et l'intensité des ecchymoses qui les accompagnent, seront en rapport avec les aspérités, les éminences et les angles des corps : il faudra donc comparer attentivement les effets aux causes présumées, et voir si réellement, d'après l'espace parcouru par le corps, et d'après les obstacles contre lesquels il a heurté, la mort est le résultat de la chute.

Mais en supposant que l'on ait prouvé que la personne était vivante au moment de la chute, est-il aisé de démontrer que celle-ci est plutôt volontaire que le résultat d'un accident, ou d'un attentat criminel? Comment distinguer, par exemple, si un pareil individu a été jeté du haut en bas par un assassin, s'il s'est lancé lui-même dans le dessein de se suicider, ou bien si la chute ne tiendrait pas à ce qu'il aurait perdu involontairement l'équilibre par suite de vertiges, d'une attaque d'apoplexie ou d'épilepsie, de l'ivresse, etc.? Ce problème est sans contredit un des plus difficiles à résoudre lorsque les dépositions testimoniales ne viennent point éclairer les magistrats : l'homme de l'art doit se borner en pareil cas, à fixer l'attention des ministres de la justice, sur l'existence de certaines lésions du cerveau, et des viscères gastriques qui pourront faire soupçon-

ner une apoplexie, l'ivresse et quelquefois l'épilepsie; sur les signes commémoratifs qui apprendront peut-être que l'individu dont il s'agit était sujet à des vertiges, à des accès d'épilepsie ou d'hystérie, ou bien qu'il était hypochondriaque; sur l'habitude qu'il avait pu contracter de s'enivrer; sur le dérangement habituel de ses facultés intellectuelles, etc. Nous sommes loin d'accorder la moindre valeur à divers caractères indiqués par M. Fodéré, dont il suffira de donner le sommaire pour faire sentir l'insuffisance. « Celui qui était sujet à des vertiges, à l'épilepsie, à des coups de sang à la tête, ou à s'enivrer, s'il périt en roulant, présentera un visage rouge ou plombé, la langue épaisse, les vaisseaux du cerveau extrêmement dilatés. Celui qui aura fait une chute ayant la tête libre, offrira un visage décoloré. Il en est de même de celui qu'on lance dans un précipice; la peur le saisit avant d'être mort; et si on le trouve avec le visage pâle, décoloré, c'est du moins une preuve qu'il n'était pas atteint au moment de la chute des accidens dont j'ai parlé. Si la chute a été volontaire et l'effet d'un suicide prémédité, il n'y aura ni la paleur ni la rougeur dont nous venons de parler, mais le visage pourra bien encore conserver des traits du désespoir, lequel sera d'ailleurs confirmé par la connaissance du moral de l'individu, et par les lésions observées dans le tissu des viscères, comme la chose a été indiquée précédemment. » (Tom. 3, page 186.)

QUARANTE-CINQUIÈME LEÇON.

Article VI.

Règles de l'Examen des blessures.

Examen des blessures sur le vivant. On ne saurait trop signaler les inconvéniens attachés à la rédaction précipitée d'un rapport sur les blessures. On voit journellement des chirurgiens se borner a un examen superficiel de la lésion, et établir des conclusions qui ne découlent point des faits observés, et qu'ils sont obligés de rétracter par la suite, ou dont on est forcé de déclarer la fausseté : les conséquences d'une pareille légèreté n'échappent pas aux yeux les moins clairvoyans ; on est injuste envers l'agresseur ou le plaignant, on perd la confiance que l'on avait pu inspirer, et souvent on se déshonore. L'homme de l'art, au contraire, qui, se conformant aux préceptes établis par les meilleurs auteurs, se livre à un examen approfondi et méthodique de tous les faits susceptibles de l'éclairer, et en tire des conclusions rigoureuses, ne saurait encourir le blâme.

Lorsqu'on est appelé auprès d'un blessé qui est encore vivant, on note exactement l'état général de l'individu et de la blessure, si elle n'est pas déjà recouverte d'un appareil ; on se fait présenter l'instrument vulnérant, et s'il a été enlevé, on cherche à connaître qu'elle était sa forme, sa nature ; on détermine la force avec laquelle il a agi, la situation du blessé au moment de la lésion, et s'il est possible,

celle de l'agresseur; on compare la stature de ces deux individus; on tient compte du temps qui s'est écoulé depuis l'époque ou la blessure a été faite, du mode de traitement qui a été suivi; on s'informe de l'état antérieur du blessé, s'il était habituellement souffrant et faible, ou s'il jouissait d'une santé parfaite, s'il avait éprouvé des affections dartreuses ou scorbutiques, s'il est pléthorique ou d'une constitution éminemment nerveuse; on note également la salubrité ou l'insalubrité de l'atmosphère au milieu de laquelle il est plongé.

Si déjà la blessure était couverte d'un appareil, que l'on ne jugerait pas à propos d'enlever, on s'attacherait à constater tous les objets dont nous venons de parler, excepté ceux qui sont relatifs à l'état actuel de la blessure, dont on renverrait l'examen à l'époque du premier pensement, en ayant soin d'indiquer dans le rapport, les motifs qui ont empêché de procéder de suite à cet examen. Voici les cas dans lesquels il serait dangereux de débarrasser la blessure de l'appareil qui la couvre: 1° lorsqu'on a à craindre une hémorrhagie; 2° lorsque la réduction d'une fracture a été difficile, et qu'elle avait été précédée d'accidens fâcheux, dont on redoute le retour en déplaçant les fragmens osseux; 3° lorsque le membre fracturé est considérablement engorgé, soit par l'effet de la blessure, soit parce que l'appareil, appliqué depuis plusieurs jours, l'a été contre toutes les règles de l'art. Nous n'imiterons pas les auteurs qui, à l'exemple de M. Fodéré, veulent que l'on diffère l'examen juridique d'une plaie, quand l'instrument qui l'a faite y tient encore; sans doute

nous croyons avec eux qu'il peut être fort dangereux dans certains cas, de faire l'extraction du corps étranger; mais nous ne voyons pas pourquoi l'on n'enlèverait pas l'appareil, pour mieux juger de l'état de la blessure, *en ayant soin d'y laisser l'instrument vulnérant.*

Nous avons dit plus haut que le premier soin du médecin devait être de noter exactement l'état de la blessure. Voici les objets sur lesquels il devra porter son attention.

S'il s'agit d'une *plaie*, il déterminera, 1° sa situation: ainsi, on dit plaie de tête, du cou, etc.; 2° son *étendue* et les parties *intéressées :* sous ce rapport, les plaies sont grandes, petites, moyennes, longues, larges, superficielles, profondes : ces dernières intéressent les parties situées au-dessous de la peau, et du tissu cellulaire sous-cutané; il en est qui pénètrent dans les cavités splanchniques et que l'on nomme *pénétrantes*, qu'il y ait ou non épanchement de sang, déplacement ou lésion des organes renfermés dans ces cavités: d'autres sont appelées *perforantes*, parce qu'elles traversent de part en part l'épaisseur d'un membre, une cavité splanchnique, etc.; 3° sa *direction :* elle peut être longitudinale, transversale, oblique; ici on doit distinguer la direction par rapport à l'axe du corps et aux fibres des organes intéressés; 4° sa *forme :* elle est linéaire, triangulaire, cruciale, ronde, irrégulière, avec ou sans lambeaux, avec ou sans perte de substance; 5° l'*époque* où elle a été faite : ainsi, elle est récente, sanglante, enflammée, suppurante, cicatrisée, depuis peu ou depuis long-temps; la cicatrice peut être

superficielle, unie, solide, douloureuse par intervalles, ou profonde, inégale, faible, sujette à se rompre, et indolente; 6° ses *suites* ou ses *effets* (*voyez* plus bas page 726); 7° son état de *simplicité* ou de *complication* : elle est simple, compliquée ou associée: la complication peut tenir à une hémorrhagie, à des corps étrangers; l'association s'entend de l'existence d'une ou de plusieurs des autres lésions qui font partie des blessures. Quelque minutieuses que puissent paraître ces distinctions, il est indispensable de les admettre : un rapport sur les plaies, que l'on n'aurait pas envisagées sous ces différens point de vue, manquerait d'exactitude.

S'il est question d'une *contusion*, d'une *ecchymose*, d'une *brûlure*, d'une *entorse*, d'une *luxation* ou d'une *fracture*, on en exposera les caractères avec détail, en se conformant aux préceptes que nous venons d'établir relativement aux plaies, et aux objets indiqués en parlant de ces blessures. On ne saurait trop recommander de borner l'usage des sondes et des stylets aux cas où ces instrumens sont évidemment indispensables: en effet, tous les chirurgiens connaissent les inconvéniens attachés souvent à cette sorte d'exploration; on sait, en outre, qu'elle n'éclaire pas toujours sur la véritable nature de la blessure, et que dans beaucoup de circonstances, on s'expose, par maladresse, à faire de nouvelles blessures.

En supposant qu'il y ait plusieurs lésions, on doit en déterminer le nombre, l'espèce et la situation, examiner si elles ont été faites à la même époque, et laquelle est la plus grave.

Voici maintenant les règles qui doivent servir de guide pour parvenir à porter un jugement à l'abri de tout reproche. Si la blessure paraît légère, l'homme de l'art pourra établir, dès la première visite, que la guérison aura lieu dans l'espace de quelques jours, à moins d'une circonstance imprévue; cette restriction est nécessaire, puisqu'on a vu des blessures, en apparence très-simples, être suivies des accidens les plus terribles. Si la lésion intéresse la tête ou le tronc, et qu'elle ne soit point bornée aux parties externes du crâne, de la face, de la poitrine et du ventre, après avoir noté toutes les circonstances de la lésion, on déclarera, comme l'a fort bien indiqué le docteur Biessy, que la blessure est grave par son siége, mais que le temps seul pourra en faire reconnaître les dangers, la lésion étant susceptible de prendre telle ou telle autre terminaison. On exposera le mode de traitement, les précautions qui devront être suivies pour arriver à la guérison de la maladie, en ayant soin de prévenir que les moyens proposés pourraient bien ne pas réussir. En agissant autrement, on risque de compromettre sa réputation et de faire punir trop sévèrement l'accusé. Au bout de six jours, on dressera un second rapport, dans lequel, après avoir fait connaître la marche suivie par la nature, on établira d'une manière précise les suites nécessaires de la blessure et on fixera, du moins approximativement, le temps requis pour son traitement. Mais on ne pourra pas toujours déterminer, alors, si la blessure n'entraînera pas quelque infirmité, si celle-ci sera absolue ou relative; et, sous ce dernier point de vue, on doit encore renvoyer à l'époque de la

guérison pour établir, en dernier ressort, le résultat de la blessure. Il importe surtout de ne point prononcer légèrement que l'infirmité sera absolue ou relative: c'est alors qu'il faut avoir égard à la nature de la partie lésée, à l'intensité de la lésion, etc.

Le danger des blessures qui ne sont pas immédiatement suivies de la mort, s'apprécie particulièrement d'après le degré de l'inflammation, son étendue, l'importance de l'organe enflammé, et la possibilité plus ou moins grande de la prévenir ou de la faire cesser. Il importe, dans certaines circonstances, comme le prescrit M. Marc, d'indiquer si la gangrène peut être évitée, ou bien si elle aurait pu l'être, si la suppuration est proportionnée aux forces du malade, s'il aurait été possible de procurer une issue au pus, etc.

On aura soin de ne pas confondre les blessures réelles avec celles qui sont simulées; ainsi le plaignant peut feindre les principaux symptômes d'une forte contusion, tels que la douleur et la gêne des mouvemens de la partie, parce qu'en effet cette blessure ne détermine souvent aucun changement de couleur à la peau, à moins qu'il ne se soit écoulé quelques jours. Les *ecchymoses* factices ne peuvent en imposer qu'aux médecins inattentifs. (*Voyez* ECCHYMOSE.) Quant aux autres lésions, le plaignant ne peut guère simuler que la fièvre et la douleur.

Ce n'est que dans des cas fort rares, lorsque le diagnostic est très-évident, qu'on qualifiera une lésion par cause externe, de mortelle avant la mort du blessé; dans la plupart des circonstances, il faudra se borner à la déclarer comme étant fort dangereuse;

puisqu'on voit journellement guérir, par quelques circonstances heureuses, des blessures graves dont on avait cru devoir placer le siége dans les organes les plus importans. Lors même que le blessé viendrait à périr, il ne faudrait attribuer la mort à la blessure, qu'après avoir acquis la conviction, par l'ouverture du cadavre, que cette blessure a produit la mort par un effet immédiat de la cause criminelle, et qu'elle était elle-même au-dessus de toutes les ressources de l'art.

Si le médecin est requis de donner son avis plusieurs jours après que la blessure a été faite, il s'attachera à reconnaître, indépendamment des objets déjà mentionnés, quelle est la constitution du blessé, quelles sont les maladies auxquelles il était sujet, si l'atmosphère dans laquelle il a été placé était salubre ou insalubre, si l'on a suivi un régime et un traitement convenables, etc. Il obtiendra, par ce moyen, des éclaircissemens sans lesquels il aurait beaucoup de peine à porter un jugement exact.

Examen des blessures sur le cadavre. Il est inutile de traiter en détail les règles de l'examen des blessures sur le cadavre, après tout ce que nous avons établi; il doit suffire en effet d'indiquer sommairement les points qui doivent fixer l'attention de l'homme de l'art. Il décrira soigneusement l'état extérieur des parties lésées; il pratiquera les incisions convenables pour s'assurer de l'étendue, de la profondeur de la lésion et de la nature des organes atteints; il se conformera, pour l'ouverture du cadavre, aux règles dont nous avons déjà fait mention, et il évitera de confondre les altérations produites par la putréfaction avec celles

qui sont le résultat d'une violence extérieure faite sur le vivant. (*Voyez* MORT.) Il déterminera si les blessures ont été faites pendant la vie ou après la mort, et, dans le premier cas, si elles sont l'effet du suicide, de l'homicide, ou d'un accident. (*Voy.* p. 707 et 712.) Il cherchera ensuite à décider si la mort a été réellement la conséquence directe de la blessure, ce qui exigera un examen détaillé de tous les viscères et des principales membranes, des principaux vaisseaux et conduits des matières liquides qui peuvent avoir été épanchées, etc. S'il y a des corps étrangers on indiquera leur nature, leur situation et la profon deur jusqu'à laquelle ils ont pénétré.

De la combustion humaine spontanée.

Le corps humain peut être brûlé, et quelques-unes de ses parties peuvent être réduites en cendres par une cause qu'il n'est pas facile d'apprécier, et que l'on a rapportée jusqu'à présent à un état particulier de l'organisme. Ce phénomène, désigné sous le nom de *combustion humaine spontanée*, pour être inexplicable n'en doit pas moins être admis; il intéresse la médecine légale, puisque déjà, d'après Lecat, un habitant de Reims fut sur le point d'être injustement condamné comme incendiaire et meurtrier, dans un cas de combustion de ce genre; et qu'au rapport de M. Vigné, l'infortuné Millet fut condamné à mort comme coupable d'assassinat envers sa femme, que l'on trouva presque entièrement consumée dans sa cuisine, à un pied et demi du foyer : il fut pourtant prouvé que

cette femme faisait un grand abus de liqueurs spiritueuses, et qu'elle avait été victime d'une combustion spontanée. (De la Médecine légale, par Vigné, p. 148, année 1805.) Voici les données qu'il ne faut jamais perdre de vue lorsqu'on est appelé à juger un fait aussi extraordinaire.

Les *causes prédisposantes* de la combustion humaine spontanée, paraissent dépendre d'un état particulier des solides et des humeurs. Les personnes qui ont abusé des liqueurs spiritueuses, et surtout les femmes grasses âgées de plus de soixante ans, y sont beaucoup plus exposées que les autres; serait-ce, comme le veulent certains auteurs, parce que le tissu cellulaire sous-cutané contient probablement une certaine quantité d'alcohol ?

On n'est point d'accord sur la *cause occasionelle* de ce phénomène. Suivant les uns il ne saurait exister sans qu'il y eût contact entre le corps animal et une matière en ignition, telle qu'une bougie, une lampe allumée, un peu de braise dans une chaufferette ou dans un foyer, une pipe dans laquelle on ferait brûler du tabac, etc. : cette opinion est appuyée sur ce que dans la plupart des exemples authentiques de combustion spontanée, recueillis jusqu'à ce jour, il a constamment été fait mention d'un corps enflammé, et qu'ils ont eu lieu le plus souvent en hiver, époque où l'on est plus facilement en rapport avec de pareils corps. On sait, disent ces auteurs, que les sujets gras brûlent avec plus de rapidité que ceux qui sont maigres; or, les femmes âgées sont en général plus grasses que les hommes; il est donc naturel que le contact d'un corps

allumé détermine sans peine la combustion dont nous parlons, d'autant plus que si l'ivrognerie est plus rare chez les femmes que chez les hommes, lorsqu'elles commettent des excès de ce genre c'est avec une continuité dont l'homme ne donne pas souvent l'exemple. Lecat, MM. Kopp et Marc n'admettent pas la nécessité d'un corps en ignition : ne voit-on pas, disent-ils, des matières organiques et inorganiques prendre feu spontanément au sein de la terre ou à sa surface, et se consumer quelquefois; ne peut-on pas produire des étincelles électriques en frottant les bras ou les jambes de certains individus; pourquoi ne pas reconnaître dès lors qu'il suffit pour provoquer et entretenir cette combustion de la réunion des trois circonstances suivantes : un état électrique particulier, la présence d'une liqueur alcoholique ou d'un gaz inflammable dans nos organes et particulièrement dans le tissu cellulaire sous-cutané, et une quantité notable de graisse dans le système adipeux? Toujours est-il vrai que l'on n'a pas constamment trouvé un córps en ignition près des restes du sujet; mais il est également avéré que toutes les victimes de cet accident ne faisaient point abus des liqueurs alcooliques, que dans beaucoup de cas, l'atmosphère ne paraissait pas surchargée d'électricité au moment de la combustion, et qu'il aurait été difficile de prouver que le phénomène dépendait d'un état électrique du sujet. Nous ne pousserons pas plus loin l'examen des causes occasionelles, parce qu'il nous serait impossible, dans l'état actuel de la science, d'établir autre chose que des conjectures dont le vague se ferait bientôt sentir.

Phénomènes de la combustion humaine spontanée. On observe dans les premiers temps une flamme peu vive, bleuâtre, difficile à éteindre par l'eau, et à laquelle souvent ce liquide donne plus d'activité; bientôt après elle disparaît, et on lui voit succéder des escarres profondes, des convulsions, le délire, des vomissemens, la diarrhée, un état particulier de putréfaction et la mort. La combustion marche avec une rapidité étonnante, mais quelle que soit son intensité, le corps n'est *jamais* complétement incinéré; quelques parties sont à moitié brûlées ou torréfiées, tandis que d'autres sont réduites en cendres; on ne trouve à la pla ce decelles-ci qu'une petite quantité de matière grasse, fétide, et un charbon léger, onctueux et odorant. Il est assez ordinaire de voir les doigts, les orteils, les pieds, les mains, quelques vertèbres et quelques portions du crâne échapper à la destruction complète, tandis que le tronc se consume presque en entier. Les meubles en bois et les autres corps combustibles placés à une certaine distance de l'individu, ne brûlent pas ou ne brûlent qu'incomplétement; les vêtemens dont il est couvert, sont au contraire entièrement détruits. Les murs et les meubles sont tapissés d'une suie épaisse, grasse, très-noire et fétide; une odeur empyreumatique désagréable se fait sentir dans la chambre.

Il n'est guère possible de confondre les phénomènes qui précèdent, avec ceux que l'on observe dans la combustion ordinaire dont la marche, d'ailleurs, est beaucoup plus lente : on sait combien les anciens éprouvaient de peine à consumer entièrement le corps

des criminels, et qu'ils ne pouvaient atteindre ce but qu'en employant des quantités de bois fort considérables, après avoir coupé le cadavre en plusieurs morceaux.

Du Suicide.

Le suicide s'observe très-rarement avant l'époque de la puberté, peu communément chez les vieillards, et moins souvent chez les femmes que chez les hommes. Cet acte est favorisé par une disposition héréditaire; par les opinions des auteurs célèbres, qui ont présenté l'action de se détruire comme noble, courageuse et permise; par les principes de ceux qui ne voient dans l'existence de l'homme aucun but moral et surhumain; par l'exemple de personnes qui exercent une certaine influence. Il est bien avéré au contraire, que les préceptes religieux qui défendent le suicide, sous peine des punitions les plus sévères dans une autre vie, peuvent enchaîner la main homicide de l'homme accablé sous le poids du malheur, et souvent même alors qu'il n'est plus guidé par les lumières de la raison.

Les causes occasionelles du suicide les plus ordinaires sont les suivantes : des affections morales fortes et pénibles, telles que le désespoir, un chagrin profond et prolongé, l'amour contrarié, les humiliations de l'amour-propre et de l'orgueil, les mécomptes de l'ambition, les revers de fortune inattendus, etc.; le dégoût physique et moral, l'apathie intellectuelle, sans espoir de guérison, état fâcheux qui suit souvent l'abus prématuré des jouissances de toute sorte, le passage trop brusque d'une vie active et laborieuse à une oisiveté

complète, les excès prolongés des plaisirs vénériens et des boissons alcoholiques; la crainte de réprimandes ou de punitions sévères chez les jeunes gens; des maladies longues et douloureuses, des infirmités dégoûtantes, pour lesquelles le malade n'a pu obtenir de soulagement; les sensations bizarres et pénibles des hypochondriaques; le délire des maladies aiguës et celui de l'aliénation mentale. Lors donc qu'aux circonstances qui éloignent l'idée d'un crime commis sur la personne d'un individu trouvé mort, on peut joindre l'existence d'une ou de plusieurs des causes ordinaires du suicide; le médecin n'est pas embarrassé pour porter son jugement; souvent même la personne trouvée morte a parlé du désir qu'elle avait de se tuer, ou a déjà fait plusieurs tentatives; on a observé que depuis telle ou telle époque elle était soucieuse, morose, préoccupée, inattentive, privée d'appétit et de sommeil, qu'elle maigrissait et perdait de sa fraîcheur. Quelquefois cependant il est difficile d'acquérir la connaissance des chagrins qui ont précédé le suicide; les peines domestiques des femmes, les obstacles entrevus par des amans à une union ardemment désirée, les regrets des vieilles filles qui n'ont pu se marier, etc., sont souvent fort difficiles à pénétrer, et l'acte désespéré du suicide en est quelquefois le premier signe : on voit en outre des personnes qui ont tout l'extérieur de l'indifférence ou même d'un caractère jovial, et qui n'en sont pas moins profondément affectées par les contrariétés et les peines qu'elles éprouvent.

FIN DE LA SECONDE PARTIE.

TABLE DES MATIÈRES,

PAR ORDRE ALPHABÉTIQUE.

A.

B.

C.

D.

E.

P.

R.

S.

V.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

ERRATA.

Page 12, ligne 4, au lieu d'*uscultation*, lisez : *auscultation*.
Id. 16, ligne 5, au lieu de *Tartrat*, lisez : *Tartra*.
Ibid., ligne 9, au lieu de *Traité*, lisez : *Tortosa*.
Id. 52, ligne 27, au lieu de *longeur*, lisez : *longueur*.
Id. 187, ligne 15, au lieu de *grossese*, lisez : *grossesse*.
Id. 505, ligne 10, au lieu de *cotés*, lisez : *côtes*.
Id. 515, ligne 10, au lieu de *veillards*, lisez : *vieillards*.